様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

　玄海町長　様

申請者　住　所

氏　名

助成対象者との続柄（　　　　　　　　　　）

電話番号　　　　　（　　　　）

玄海町アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書

　玄海町アピアランスケア用品購入費助成金の交付を受けたいので、玄海町アピアランスケア用品購入費助成事業実施要綱第６条第１項の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 購入補正具等 | 助成対象区分(〇で囲む) | 医療用ウィッグ | 乳房補正具（ 右 ・ 左 ） |
| 助成対象経費(税込み。附属品及びケア用品の購入費は含まれません。) | 円(a)　 | 円(b)　 |
| 購入年月日 | 年　　　月　　　日　 | 年　　　月　　　日　 |
| 交付申請額(千円未満端数切捨て。助成対象区分ごとに上限2万円。) | 　円(c)=(a×1/2) | 円(d)=(b×1/2)  |
| 交付申請額計 | 　円(c+d)　　　　　　 |
| 添付書類（添付書類に☑） | □　がん又はがんの疑いがあると診断され、その治療を受けたことのわかる書類□　補正具等の購入にかかる領収書の写し |
| 助成対象者についての確認事項(該当項目に☑。いずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付の対象となります。) | □　玄海町に住民登録がある。□　がん又はがんの疑いがあると診断され、その治療を現に受けている又は過去に受けていた。□　がん治療に伴い脱毛し、又は乳房を切除した。□　申請日の属する年度において、他自治体等から同種の助成等を受けていない。 |