

記入例

様式第1号（第5条関係）

延岡市アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

延岡市長 宛て

私は、延岡市アピアランスケア支援事業補助金交付要項第5条の規定により、次のとおり申請します。また、補助金の交付決定及び支給に係る業務に要する内容について、住民基本台帳の閲覧及び関係医療機関等への照会を行うことに同意します。

補助対象者	フリガナ	ノベオカ ハナコ		年月日	昭和●年●月●日				
	氏名	延岡 花子		戸籍の記載と同じ字体で記入してください					
	住所	〒 882-0027 延岡市 東本小路 2 番地 1		●●アパート 302					
	電話番号	0982-22-1234		建物名、部屋番号まで記入してください。					
申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 補助対象者と同じ <input type="checkbox"/> 代理申請の場合、補助対象者との続柄（								
	フリガナ			生年月日	年 月 日				
	氏名			年 月 日					
住所	<input type="checkbox"/> 補助対象者と同じ 〒 - 延岡市		電話（ ）						
補助対象経費	対象区分（ア）	① ウィッグ等 （補助金上限額2万円）		② 胸部補整具等 （補助金上限額1万円）					
	購入日	令和●年 8月19日		令和●年10月15日					
	購入費用	66,000円（税込）		42,000円（税込）					
補助対象経費（イ） <small>購入金額×1/2、1円未満切捨</small>	33,000円		21,000円						
交付申請額（ウ） （ア）又は（イ）の いずれか低い額 ※訂正不可	この部分は窓口申請時に記入していただくため、事前の記入は不要です				円				
過去の受給状況	<input checked="" type="checkbox"/> 延岡市のアピアランスケア支援事業補助金を受けたことはありません。 ある場合：助成を受けた日付（ 年 月） 助成を受けた対象区分 ①ウィッグ等 ②胸部補整具等								
確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 暴力団関係者に該当せず、また暴力団関係者とは一切の関係を有していない								
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> がん治療を受けている（受けていた）ことが分かる書類（写し） <input checked="" type="checkbox"/> 用具の購入に係る領収書等（原本のみ。写しは不可） <input checked="" type="checkbox"/> 市税の滞納のない証明書又は同意書（様式第2号）のいずれか <input checked="" type="checkbox"/> 振込先口座が確認できる書類（写し） <input checked="" type="checkbox"/> （代理申請の場合）助成対象者との続柄が確認できる及び代理人の本人確認書類（写し） <input checked="" type="checkbox"/> （郵送申請の場合）申請者本人確認書類（写し）※窓口申請の場合は書類をお持ちください								
振込先	金融機関名	●● 銀行・信用金庫 農協・信用組合		●● 本店・営業部 支店・出張所					
	預金種別	1 普通 2 当座 3 ()		口座番号					
	フリガナ	ノベオカ ハナコ							
口座名義人	延岡 花子		1	2	3	4	5	6	7