

様式第1号

申請日 年 月 日

坂井市長 様

申請者

住 所

氏 名

(※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください

電話番号

坂井市がん患者アピアランスサポート事業助成金 交付申請書兼請求書

補助金等の交付を受けたいので、坂井市補助金等交付規則の規定により、次のとおり申請します。  
なお、市に対して納付又は納入すべき税の納付状況について市長が調査することに同意します。

記

1 補助年度	年度	
2 補助金等の名称	坂井市がん患者アピアランスサポート事業助成金	
3 補助事業等	(1) 名称	坂井市がん患者アピアランスサポート事業
	(2) 目的	補整具の購入費用を助成することにより、心理的負担を軽減するとともに、社会参加を促進し、療養生活の質の向上を図ることを目的とする
	(3) 概要	補整具購入費の1/2を助成
4 補助対象がん患者	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	年 月 日
5 補助対象経費	区 分	(1) ウィッグ (ウィッグ装着時に必要な頭皮保護用のネットおよび帽子を含む。) (2) 補整下着等の胸部補整具 (3) その他 ( ) ※該当区分に○をすること。
	購 入 費 用	円
	助成基準額 ※購入費用に 1/2を乗じた額	円
	購 入 日	年 月 日
6 補助金等の交付申請額及び請求額 ※20,000円または助成基準額の低い方	円	
7 添付書類 (提出する書類の□欄をチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 補助対象補整具の購入に係る領収書の写し等、購入金額が確認できるもの <input type="checkbox"/> 診療明細書等がん治療を受療していることが証明できるもの <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類 (通帳の写し等振込口座が確認できるもの)	

8 補助金等の振込先	金融機関名・支店名	銀行・信金 金庫・組合	支店 営業部
	口座種別	普通	・ 当座
	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義人		

※個人情報に関する事項

本同意により得られた情報は、坂井市がん患者アピアランスサポート事業助成金交付申請に関わる目的以外には使用しません。

担当課所見 (注：申請者の記入不要)

審査事項	<input type="checkbox"/> 自己財源 <input type="checkbox"/> 他補助金等の有無（国県、他市町村、団体、無） <input type="checkbox"/> 補助対象等事業費 <input type="checkbox"/> 市税納付状況 <input type="checkbox"/> 補助金等の額 <input type="checkbox"/> 市内に住所を有する者
------	--