様式第1号(第5条関係)

糸田町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

　　　　年　　　月　　　日

糸田町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　 （申請者）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　糸田町アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請及び請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ 助成対象者 | 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 生年月日 | 大正 ･ 昭和平成 ･ 令和　　　　年　　　　月　　　　日　（　　 歳） |
| ２ 助成対象経費 | 用　具 | 購 入 金 額 | 購 入 日 | 区　分 |
| a.医療用ウィッグ | 　　　　　　 　円 | 　　 年　　 月　 　日 | （区分 a） 医療用ウィッグ等 |
| a.装着用ネット | 　　　　　 　 　円 | 　　 年　　 月　 　日 |
| a.毛付き帽子 | 　　　　　 　 　円 | 　　 年　　 月　 　日 |
| b.補整パッド | 　　　　　 　 　円 | 　　 年　　 月　 　日 | （区分 b） 補整具等 |
| b.補整下着 | 　　　　　 　　 円 | 　　 年　　 月　 　日 |
| b.専用入浴着 | 　　　　　 　　円 | 　　 年　　 月　 　日 |
| b.弾性着衣 | 　　　　　　 　円 | 　　 年　　 月　 　日 |
| b.エピテーゼ | 　　　　　　 　円 | 　　 年　　 月　 　日 |
| （区分 a） 合計金額　　　　　　　円 | （区分 b） 合計金額　　　　　　　円 |
| ３ 交付申請額 | （区分 a） 医療用ウィッグ等 | （区分 b）　補整具等 |
| 20,000円と購入に要する費用の合計の1/2（1,000円未満切り捨て）のいずれか低い額　　　　　　　　　　　　円  | 10,000円と購入に要する費用の合計の1/2（1,000円未満切り捨て）のいずれか低い額　　　　　 　　　　　　円 |
| ４　確認事項（該当するものに☑をつけてください） | □住民基本台帳を確認することに同意します。□世帯を同一する者の町民税所得割課税額及び町税等の滞納状況を確認することに同意します。 |
| ５　添付書類（添付した書類に☑をつけてください） | □ 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類□ 領収書の写し及びその明細書の写し |
| ６振込先 | 金融機関名 | 銀　　　　　行信用金庫・組合 | 本店支店 |
| 口座種別※該当するものに○印 | １.普通　　　　　　　　　　２.当座 |
| 口座番号 |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  |
| 口座名義 |  |