

記入例

書類等に不備があり、連絡が取れない場合、補助金の交付ができないことがあります。記入における注意事項をご確認のうえ、記入漏れ等のないようにご提出ください。不明点は、担当までお問合せください。

①

様式第1号

アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼実績報告書 (ウィッグ・乳房補整具)

令和〇年〇月〇日

(宛先) 岡崎市長

申請者

②

氏名	オカザキ ハナコ 岡崎 花子
生年月日	昭和・平成・令和 24年3月27日
住所	〒444-8545 岡崎市若宮町2丁目1番地1
電話番号	(080) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

※本人が自筆しない場合は、記名押印してください。補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱に基づき、下記のとおり交付申請及び実績報告します。なお、申請内容について住民基本台帳を閲覧することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。また、本書に記載の内容(交付申請額除く)を訂正する必要があった場合、職権による訂正を承諾します。

記

対象者	ふりがな		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況	医療機関名	岡崎市民病院		
	疾患名	乳がん		
	治療方法	手術・放射線 薬剤 その他 ()		
がん治療を証明する書類	③ 診療明細書 ・ 同意書 ・ お薬手帳 ・ 治療方針計画書 ・ その他 (※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。)			
補助対象経費	県内市町村からの過去の助成の有無	④ 無 ・ 有		
	購入年月日 (領収書の日付)	令和〇年〇月〇日	購入費用	30,500 円 (税込)
	補助金交付申請額	15,000 円	購入費用の1/2 (1,000円未満切捨て) 又は20,000円のいずれか少ない方の額	
振込先	金融機関の名称	銀行 岡崎 信用金庫 根石 本店 支店 出所	支店番号	0 6 3
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 ←左詰で記入
	(フリガナ) 口座名義人	⑥ 岡崎 花子		

市処理欄 注) 口座名義人は、申請者と同一の者に限ります。

交付決定年月日	承認・不承認年 月 日	決定金額	円
健管番号	過去の補助金交付	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ウィッグ・乳房補整具)	
受給者番号	申請方法	窓口 ・ 郵送	

受付印

記入における注意事項

① 申請する補整具の種類に○をつける。

② がんと診断され、その治療を受けた又は現に受けている本人。補助対象者が未成年の場合は、保護者。

③ 治療を証明する書類は、ウィッグの場合「脱毛の原因の治療内容」、乳房補整具の場合「乳房の変形が伴う治療内容」の記載があるもの。 ※治療開始前の申請は不可。

④ 購入日の翌日から1年以内であること。領収書は申請者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があること。

⑤ 預金種別の普通又は当座のいずれか該当するものにチェックを入れる。

⑥ 申請者の口座を記入。

※消えるボールペンでの記入は不可。

※訂正する場合、二重線と訂正印又はサイン(フルネーム)にて訂正。