

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・エピテーゼ)

令和 〇 年 〇 月 〇 日

(宛先) 岡崎市長

申請者

フリガナ 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 <small>※日中連絡がとれる番号を記入してください</small>

※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	フリガナ			生年	昭和・平成・令和		
	氏名	☑申請者と同じ		年月日	年 月 日 ☑申請者と同じ		
	住所	〒 ☑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	☑診療明細書 ・ 同意書 ・ お薬手帳 ・ 治療方針計画書 ・ その他 () <small>※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。</small>						
補助対象経費	県内市町村からの過去の助成の有無	☑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	岡崎	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 出張所	支店番号 0 6 3		
	預金種別	☑普通 □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	オカザキ ハナコ 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	☐無 ☐有 (ウィッグ・乳房補整具・エピテーゼ)	
受給者番号	申請方法	窓口 ・ 郵送	

受付印
