

葛城市アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

葛城市長 様

申請者 住所

氏名 印

電話番号

対象者との続柄 （ ）

葛城市アピアランスケア支援事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により、下記のとおり申請及び請求します。
記

対象者	ふりがな	生年月日		
	氏 名	年 月 日		
	住所	〒 〔 ☐ 申請者と同じ場合は左記に✓ 〕		
	がんの 治療状況	医療機関名		
		治療したがんの種類		
	補整具の 種類	☐ 医療用ウィッグ ☐ 乳房補整具（補整下着・人口乳房）（右・左・両方）		
	購入年月日	年 月 日	購入額（税込）	円
申請・請求額	円			

※申請者名義の口座に限る。

振込先	金融機関名		本・支店名	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

（添付書類）

1. 申請者の本人確認書類の写し。
2. がん治療（手術、薬物療法、放射線療法等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し（がん治療に伴う脱毛又は乳房の切除若しくはそれらのおそれが見込まれることを証明する書類に限る。）
3. 補整具の購入にかかる領収書の写し（購入日、品名、購入金額、金額の内訳及び領収書発行元の記載のあるものに限る。）
4. 振込先口座及び、口座名義人がわかる通帳等の写し。
5. 法定代理人（親権者等）以外の方が申請される場合は、別途委任状。

同意欄

1. 交付申請にあたり、葛城市が私（対象者）の住民基本台帳および市税の納付状況について調査を行うこと、並びに助成金の交付に必要な事項を関係機関等に照会及び確認することに同意します。
2. 助成金の対象となる補整具の購入について、他の自治体等から同種同類の助成等を受けていないことを確約します。

対象者氏名〔署名〕
(未成年の場合は保護者氏名)