

横浜町アピランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

横浜町長 殿

申請者 住所 _____
氏名 _____
(助成対象者と異なる場合 続柄 _____)
電話番号 _____

横浜町アピランスケア用品購入費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

助成対象者	フリガナ							生年月日			
	氏名	(※本人が自署しない場合は押印が必要です。)						年 月 日			
	住所	〒039- 横浜町字						電話番号			
☐ この申請に係る助成対象用品について、過去に他の地方公共団体から同等の助成金等の交付を受けておらず、及び受ける予定がありません。											
☐ 他の地方公共団体、治療を受けた医療機関及び助成対象用品の購入先に助成対象者の照会することについて同意します。											
区分		医療用ウィッグ				胸部補整具(左)			胸部補整具(右)		
購入年月日 (領収書等の日付)		年 月 日				年 月 日			年 月 日		
購入費用		ア 円(税込)				エ 円(税込)			キ 円(税込)		
購入費用の 1/2の額		イ(アの1/2の額,100円未満切り捨て) 円				オ(エの1/2の額,100円未満切り捨て)			ク(キの1/2の額,100円未満切り捨て)		
助成対象額		ウ(イ又は3万円のいずれか少ない方の額)				カ(オ又は3万円のいずれか少ない方の額)			ケ(ク又は3万円のいずれか少ない方の額)		
交付申請額(ウとカとケの合計金額)							円				
振込先	金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合						本店 支店			
	預金種別	普通・当座	口座番号								(右詰記入)
	フリガナ										
	口座名義										

添付書類

- がん治療を受けていることがわかる書類の写し(診療証明書、治療方針計画書、診断書等)
- 助成対象用品を購入した日及び支払った額の明細が分かる書類(購入日、品名、金額の記載があるもの)
- 助成金の振込みを希望する金融機関の口座が確認できる書類(通帳、キャッシュカードの写し等)
- 助成対象者の本人確認ができる書類(運転免許証、マイナンバーカードの写し等)
- 法定代理人が申請する場合にあっては、法定代理人の本人確認ができる書類(運転免許証、マイナンバーカードの写し等)及び助成対象者との関係を証明できる書類