

宮津市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

宮津市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付について、次のとおり必要書類を添えて申請します。なお、この事業に関し、助成対象者の住民基本台帳を参照することや、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。

【対象者】

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		個人番号	— この手続では個人番号の記入は不要です —
		日中連絡先	— —
住所	〒 (建物名等)		

【申請者】

宮津市長 様		令和 年 月 日	
☐ 対象者本人を申請者として、申請します。(申請者欄の以下の項目の記入は不要)			
☐ 下記の者を申請者として、委任します。(申請者欄の以下の項目の記入が必要)			
※助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。			
☐ 過去に対象となる補整具購入にかかる同様の助成を宮津市及び他の自治体から受けていません。			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		個人番号	— この手続では個人番号の記入は不要です —
		日中連絡先	— —
住所	☐ 対象者と同じ(記入不要)		対象者から見て
	(建物名等)		続柄

【助成対象補整具と金額】

補 正 具	ウィッグ等	乳房補整具(③又は④のいずれか)	
種 類	☐ ①ウィッグ ☐ ②毛付き帽子	☐ ③補整下着	☐ ④人口乳房
購 入 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
購入費用(A)	円	円	円
Aの1/2の額(B)	円 ※千円未満切り捨て	円 ※千円未満切り捨て	円 ※千円未満切り捨て
上限額(C)	30,000円	10,000円	30,000円
申請額 (B又はCのいずれか少ない額)	円	円	円
申請額合計	円		

【振込先】 ※振込先口座は申請者と同一にしてください

〔金融機関情報〕

金 融 機 関 名	支 店 名	種別	口 座 番 号	口座名義人(カタ)
銀行・信金・労金 信組・農協・漁協	本店・支店 出張所	普通 当座		

【添付書類】

- ☐本人確認書類の写し(運転免許証、マイナンバーカード等)
- ☐がんの治療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
- ☐補整具の購入に係る領収書及びその明細書(原本に限る)
- ☐振込先がわかるもの(通帳表紙裏面、キャッシュカード等の写し)