様式第１号（第５条関係）

新宮町アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

新宮町長　様

（申請者）

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

新宮町アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、新宮町アピアランスケア推進事業実施要綱第５条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。

１　助成対象者	氏　　名			
	住　　所	新宮町		
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）		
２　助成対象経費	用具	購入金額	購入日	区分
	医療用ウィッグ	円	年　月　日	医療用ウィッグ等
	装着用ネット	円	年　月　日	
	毛付き帽子	円	年　月　日	
	補整パッド	円	年　月　日	補整具等
	補整下着	円	年　月　日	
	専用入浴着	円	年　月　日	
	弾性着衣	円	年　月　日	
	エピテーゼ	円	年　月　日	
３　交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等	
	20,000円又は購入に要する費用の合計の1/2（1,000円未満切り捨て）のいずれか低い額 ＿＿＿＿円		10,000円又は購入に要する費用の合計の1/2（1,000円未満切り捨て）のいずれか低い額 ＿＿＿＿円	
４　確認事項 （該当するものに☑をつけてください）	□申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付並びに国又は他地方公共団体の助成を受けていません。 □助成金交付の資格審査及び新宮町が福岡県からの補助金を受けるため、必要な範囲において課税状況や治療内容、物品の購入内容などを関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。			
５　添付書類 （添付した書類に☑をつけてください）	□ 用具の領収書及びその明細書の写し（購入日、品目、金額、個数が分かるもの） □ 診療明細書などがん治療を受療していることが分かる書類の写し □ 助成金の振込先口座の通帳又はキャッシュカードの写し □ 市町村民税が他自治体で課税されている場合は、世帯員の課税通知等の写し			
６ 振込先	金融機関名	銀　行 信用金庫・組合	本　店 支店・支所	
	口座種別	１．普通　２．当座	口座番号	
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義			