

様式第1号（第5条関係）

三沢市アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書

令和 年 月 日

三沢市長 宛

申請者 <sup>ふりがな</sup>氏名 \_\_\_\_\_  
(対象者と異なる場合 続柄: \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。  
なお、申請にあたり、本申請の審査のために必要な下記の事項について同意します。

- ・税情報及び住民基本台帳情報を調査・閲覧すること。
- ・補助要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会すること。

※太枠内のみご記入ください。

対象者	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日生 ( 歳)			
	住所	※申請者と異なる場合のみ記入 電話 ( )				
購入した補正具	1. ウィッグ等 2. 胸部補正具 (右・左)	他の助成金の有無	無 ・ 有 【助成額: 円】			
補正具の種類		1. ウィッグ等	2. 胸部補正具			
購入年月日※申請日から1年以内に購入分が対象						
購入に要した経費 (税込)		①	円		円	
他機関からの助成額 ※該当する場合のみ		②	円		円	
申請額 (①-②) ※各補正具上限 30,000 円			円		円	
振込先	金融機関名	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			
	ふりがな 口座名義人	※対象者と同一にする (未成年を除く)。				

※以下、市事務処理欄

助成決定額  円 (各補正具 30,000 円)	課長	グループリーダー	課員	担当者	受付年月日	
					決定年月日	
					決定番号	
					受付者	

《添付書類》

- (1)がん治療を受けていることがわかる書類の写し (診療明細書、治療方針計画書、診断書など)
- (2)補正具の購入に係る領収書の写し (購入日、品名、金額の記載があるもの)
- (3)申請者及び対象者それぞれの本人を確認する書類の写し (運転免許証、マイナンバーカード等)
- (4)振込先が確認できる書類の写し (金融機関名、支店名、口座種別、口座番号及び口座名義がわかるもの)
- (5)1月1日以前に三沢市以外に住所を有していた場合は、その住所地における滞納がないことを証明するもの。
- (6)他機関からの助成がある場合は、助成額がわかるものの写し