

みやき町長 様

申請者 住 所	
氏 名	Ⓜ
補助対象者との続柄	()
生年月日	
電話番号	

みやき町アピアランスケア支援事業費補助金交付申請書兼請求書

みやき町アピアランスケア支援事業費補助金の交付を受けたいので、みやき町アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

なお、申請するに当たり、みやき町が私の町税等の滞納の有無に関する情報など、補助金の交付に関し必要な事項を町が照会・確認することに同意します。

記

補助対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と補助対象者が同一人の場合は、この欄は記入不要			
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	みやき町大字		
購入した医療用補正具	医療用ウイッグ (全頭タイプ・部分タイプ・頭皮保護用ネット)			
	乳房補正具 (補正下着・補正パッド・人工乳房)			
補助対象経費	円	購入日	年 月 日	
交付申請・請求金額	円			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義人			

次のいずれにも該当する場合にのみ、補助金の交付の対象となりますので、確認のうえ、にチェックをお願いします。

- 次の①または②に該当する者
 - ①がんと診断され、その治療を受けた者、または受けている者、若しくはがんの疑いがあると診断された者
 - ②がん以外の特別な疾病や原因不明な疾病による治療を受けている者または、過去に受けた者
- 町税等の滞納がない。
- 申請年度において、他の法令等に基づき、本要綱と同様の補助金を受けていない。

※添付書類

- (1) 医療用補正具の購入に係る領収書の写し
- (2) 治療・手術を行ったことがわかる書類の写し
(お薬手帳、治療方針計画書、診療明細書、診断書の写し等)
- (3) 振込先口座が分かる通帳やキャッシュカードの写し

※補助対象者と申請者及び振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状が必要です。