

（宛先）御所市長

（申請者） 住所

氏名

電話番号

対象者との続柄

御所市アピアランスケア助成金交付申請書

御所市アピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

対象者	ふりがな			生年月日		
	氏名			年 月 日		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	がんの 治療状況	医療機関名				
		治療した がんの種類				
	補整具の種類 (いずれかに○)	医療用ウィッグ・乳房補整下着・人工乳房（右側）・人工乳房（左側）				
	購入年月日	年 月 日	購入額 (税込)	円		
申請額	円（購入額の2分の1又は上限額）					

※補整具の購入に要した交通費、送料、代金決済手数料等の諸費用並びに付属品及びケア用品（クリーナー、リンス、ブラシ等）の購入費用については、助成の対象となりません。

【添付書類】

- 1 がん治療（手術、薬物治療、放射線療法等）を受けた又は現に受けていることが確認できる書類の写し（治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等）
- 2 対象となる補整具の購入に係る領収書の写し（購入日、購入金額及びその内訳、購入者氏名、購入した補整具の種類又は品名の記載のあるもの）
- 3 その他市長が必要と認める書類

【同意・誓約事項】

- 1 助成金の交付のために、次の事項について、市が関係機関等に対し調査を行うことに同意します。
 - (1) 市税の滞納について
 - (2) 本申請書の記載事項について
- 2 助成金の対象となる補整具の購入について、他の自治体等から同種の助成等を受けていないことを誓約します。

対象者署名欄