

宇土市長 様

宇土市がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付申請書兼請求書

私は、宇土市がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要綱第6条の規定により、宇土市がん患者アピアランスケア推進事業補助金について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ				電話番号
	氏名				
	住所	〒			補助対象者との続柄
補助対象者	フリガナ				生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			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				
	主治医名			治療方法	手術・化学・放射線 その他（ ）
過去の受給の有無※	有 ・ 無 ※過去に購入助成を受けた事がある場合、「有」に○を付けてください。				
購入した用具	購入年月日			購入費 (税込価格)	補助金申請額 ※20,000円と購入費(左記)に2分の1を乗じた額との低い方の額
	年 月 日			円	円
振込先	銀行 農協 金庫 その他（ ）				本店 支店 出張所
	種別	口座番号			口座名義人(カタカナ)
	普通・当座				
<p>※口座名義が申請者と異なる場合 上記、補助金の受領に関することを次の者に委任します。 委任者(申請者) 氏名 受任者 住所 氏名</p>					

様式第 1 号（裏面）

（誓約・同意事項） にチェック（）を記入してください。

この事業の実施に関し必要な情報（住民基本台帳、市税等の滞納の有無等）の提供、確認及び調査に同意します。

これまでに本事業及び他市町村から、同種の用具に係る補助等を受けたことはありません。

（補助対象者が 18 歳未満の場合）申請者は法定代理人に該当します。

申請に当たっては宇土市がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要綱の内容を遵守します。

（添付書類）

- 1 がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し（ウィッグ等の場合、患者名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）及び医療機関名が記載されているもの。乳房補整具等の場合、患者名、乳房切除術及び医療機関名が記載されているもの。）
- 2 用具の購入に係る領収書及びその明細書の写し（購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容及び発行者の名称の記載があるもの）
- 3 市税等を滞納していないことを証明する書類又は宇土市補助金等交付規則第 4 条第 1 項第 6 号に規定する同意書
- 4 委任状（様式第 2 号）（代理人が申請及び請求を行う場合）
- 5 代理人の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写し（代理人が申請及び請求又は受領を行う場合）

※ 4 及び 5 については、補助対象者が 18 歳未満の場合を除く。