

第1号様式（第6条関係）

桜井市アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛名）桜井市長

申請者 住所  
氏名 印  
電話番号

桜井市アピアランスケア支援事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

記

対象者	ふりがな			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 〒 <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		
	補正具 の種類	医療用ウィッグ ・ 乳房補正具 （いずれかに○）		
	購入 年月日	年 月 日	購入額 (税込)	円
	申請・請求額	円		
他の法令等に基づく助成等	あり ・ なし			

振込先	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人（フリガナ）			

（添付書類）

1. がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（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に限る。複写したものを含む。）
2. 対象となる補正具の購入に係る領収書（対象者氏名、購入した年月日、品名、金額、台数の記載のあるもの。これらに加え、医療用ウィッグは医療用であることが、乳房補正具は補正下着又は人工乳房であることが、備考等に記載されているもの。複写したものを含む。）
3. 助成金の振り込みを希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し

同意欄

交付申請にあたり、桜井市が私の住民基本台帳を参照すること、市税の課税状況、納付状況の調査及び助成金の交付に必要な事項を関係機関等に照会、確認することに同意します。

氏名