

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

嬉野市長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____ ⑩
助成対象者との続柄（本人 ・ 扶養者） _____
電話番号 _____（ ） _____

年度嬉野市医療用ウィッグ・胸部補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

嬉野市医療用ウィッグ・胸部補正具購入費助成金の交付を受けたいので、嬉野市医療用ウィッグ・胸部補正具購入費助成事業実施要綱第5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、嬉野市が私の市税等の滞納の有無に関する情報など、助成金の交付に関し必要な事項を照会し、確認することに同意します。

記

助成対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
助成対象経費		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			

下記項目について、確認の上、□にチェックをお願いします。

- がんに係る医療を現に受けている若しくは過去に受けていた又はがんの疑いがあると診断を受けた
- 申請日において、嬉野市に住所を有する
- 嬉野市税等の滞納がない
- 他市町村において同様の助成（補助）を受けていない
- 保険等で購入に関する給付を受けていない

※添付書類

- (1) がん又はがんの疑いがあると診断されたことが分かる書類
- (2) 医療用ウィッグ等の購入に係る領収書の写し