

記入例

年 月 日

嬉野市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 **助成対象者本人(以下、本人)の名前** ④ \_\_\_\_\_  
 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

実際に購入した金額をご記入ください。

助成対象者	氏名	<b>本人の名前</b>	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・	<b>口座名義が本人と異なる場合は、 委任状が必要です。</b>	
	(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
- 他市町村に
- 保険等で賄

※添付書類

- (1) がん又はがんの疑いがある旨の診断書
- (2) 医療用ウィッグ・胸部補正具購入に係る領収書

・「助成対象経費」が2万円未満…「助成対象経費」と同じ金額をご記入ください。

・「                    」が2万円以上…20,000 とご記入ください。