

第 1 号様式（第 5 条関係）

広陵町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

広陵町長 殿

申請者 住 所：奈良県北葛城郡広陵町

氏 名：

電話番号：

広陵町アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第 4 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日生（ 歳）	
	氏名				
	住所	〒 ー 電話番号（ ）			
助成対象費用		購入経費	アの 1/2 の額	上限額 2 万円又はイのいずれか低い	購入日
	医療用ウィッグ	①ーア	①ーイ	①ーウ	年 月 日
	乳房補整具	②ーア	②ーイ	②ーウ	年 月 日
申請金額		金 円 〈①ーウ〉 + 〈②ーウ〉			
振込先	金融機関名				本店・支店
	預金種別	普通・当座	口座名義人	(フリガナ)	
	口座番号				
誓約事項	☐ 他の自治体等から同種の助成等を受けていません。 ☐ 私は、暴力団員、暴力団若しくは暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者ではありません。				
照会同意欄	本申請に当たり、次に掲げる事項について、本町関係機関及び勤務先等に照会することに同意します。 ☐ 広陵町住民基本台帳の記録及び町税等に関する事項				
添付書類	☐ 申請者本人確認書類 ☐ がん治療（手術、薬物療法、放射線療法等）に関する説明書や医師の診断書、治療方針計画書などの書類（がん治療を受けた又は現に受けていること及び抗がん剤使用等の治療が分かる書類、外科的治療による乳房摘出手術と部位を証明する書類） ☐ 助成対象補整具の購入に係る領収書及びその明細書（助成対象者名、購入日、購入金額、購入品目、領収書発行者の名称の記載があるもの） ☐ 振込先口座が確認できるもの（通帳またはキャッシュカード等）の写し ☐ その他（ ）				