

新見市アピアランスケア(がん患者ウィッグ等購入費)助成金
交付申請書兼請求書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

新見市長 様

申請者 住 所 新見市 △△△△ 〇〇〇-〇
氏 名 新見 花子
連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

新見市アピアランスケア(がん患者ウィッグ等購入費)助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。なお、交付決定後は、交付決定日をもって請求日とし、交付決定額を請求します。

対 象 者 (申請者と対象者が違う場合・同意を得て氏名等を記入してください)	申請者と対象者の関係		☒ 申請者と同じ ☐ その他 ()						
	ふりがな	にいみ はなこ		生年	昭和 〇〇 年				
	氏 名	新 見 花 子		月 日	〇 月 〇 日				
	住 所	新見市 △△△△ 〇〇〇-〇							
助成申請額	対象経費の1/2 (各3万円が上限) (各千円未満切捨)		☒ ウィッグ 30,000 円						
			☐ 補正具等 円						
	計		30,000 円						
添 付 書 類	1 助成対象者のがんの診断及び治療に関する書類の写し 2 助成対象経費積算書兼同意書 3 助成対象の購入に係る領収書等 4 その他市長が必要と認める書類								
振 込 先	金融機関名	支店名	種別	口座番号				口座名義人(フリガナ)	
	〇〇銀行	〇〇支店	普通	1	2	3	4	5	ニイミ ハナコ
			当座	6	7			新見 花子	

補助対象者が未成年の場合は、口座名義人と申請者は保護者で記入してください。

※ 担当者所見	交付決定日	年	月	日	交付決定額	円

注 ※の欄は記入しないこと。