

年 月 日

嘉麻市長 様

申請者
住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

嘉麻市アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

1 対象者	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
2 助成対象経費	用具	購入金額	購入日	区分
	医療用ウィッグ	円	年 月 日	医療用ウィッグ等
	装着用ネット	円	年 月 日	
	毛付き帽子	円	年 月 日	
	補整パッド	円	年 月 日	補整具等
	補整下着	円	年 月 日	
	専用入浴着	円	年 月 日	
	弾性着衣	円	年 月 日	
	エピテーゼ	円	年 月 日	
3 交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等	
	20,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て) のいずれか低い額 円		10,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て) のいずれか低い額 円	
4 確認事項 (該当するものに☑をつけてください)	申請に係る助成対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、及び国又は他地方公共団体の助成を受けていない。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (助成名)			
5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 診療明細書の写し等がん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 領収書の写し及びその明細書の写し			
6 振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店・支所 本店
	口座種別 (該当するものに○印)	1. 普通	2. 当座	口座番号
	(フリガナ)			
	口座名義			