

様式第1号（第5条関係）

嘉麻市アピアランスケア推進事業助成金交付申請書

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) のいづれか低い額 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) のいづれか低い額 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。 □ はい □ 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)		□ 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 □ 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				