

勝央町アピアランスケア助成事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

勝央町長 様

申請者 住 所
氏 名

電話番号

本人との続柄

勝央町アピアランスケア助成事業補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。申請に当たり、次の3 誓約・同意事項について誓約・同意するとともに、交付決定後は、交付決定額を請求します。

1 交付申請額兼請求額

補助対象者	氏 名			
	住 所	勝央町		
	生年月日	年 月 日 (歳)		
補助対象経費	区 分	用 具	購入金額	購入年月日
	ウィッグ等	ウィッグ	円	年 月 日
		装着用ネット	円	年 月 日
		毛付き帽子	円	年 月 日
	補整具等	補整パッド	円	年 月 日
		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	
交付申請額	補助対象経費の 1/2 (1,000 円未満切捨て) と 50,000 円のいずれか低い額 円			
添付書類	<input type="checkbox"/> がんの治療（手術、薬物療法、放射線療法等）を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し 医療機関が発行するがん治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等の写し（抗がん剤治療若しくは化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による部位の変形若しくは欠損又はそれらのおそれが見込まれることが分かる書類の写し） <input type="checkbox"/> 用具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し 購入者氏名（申請者又は補助対象者）、購入年月日、購入品名、購入金額及びその内容並びに領収書発行元の名称の記載があるもの <input type="checkbox"/> 振込口座が確認できる書類（通帳表紙と通帳を開いた 1、2 ページ目の写し）			

2 補助金の振込口座

金融機関名	銀 行 金 庫 農業協同組合 信用金庫	本 店 支 店 営業部 出張所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						
口座名義	フリガナ								

3 誓約・同意事項

- ・ 本申請に当たり、申請内容及び添付書類に虚偽がないこと。
- ・ 本補助金に係る審査及び交付に当たり、勝央町健康福祉部が住民基本台帳、課税台帳及び上下水道の料金の納付状況の確認を行うこと。
- ・ 必要な場合は、医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること。
- ・ 本補助金交付後、交付要件に該当しないことが判明した場合には、補助金を返還すること。
- ・ 勝央町暴力団排除条例（平成 23 年勝央町条例第 8 号）第 2 条第 2 号に規定する暴力団員及び同条第 3 号に規定する暴力団員等に該当しないこと。
- ・ 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付又は他の地方公共団体が実施する同様の制度による助成金若しくは補助金の交付を受けていないこと。