

第1号様式（第5条関係）

香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付申請書

年 月 日

香芝市長 様

香芝市アピアランスケア支援事業補助金の交付を受けたいので、香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

（申請者※1）

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	
補助対象者 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯（続柄： ） <input type="checkbox"/> 法定代理人（親権者又は後見人）※2 <input type="checkbox"/> その他任意代理人※3		

（補助対象者）申請者が補助対象者本人でない場合は、記入してください。

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	

区 分	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ	乳房補整具 <input type="checkbox"/> 片房（左乳房・右乳房） <input type="checkbox"/> 両房
補整具の種類	<input type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ <input type="checkbox"/> 頭皮保護用ネット	<input type="checkbox"/> 補整パッド・人工乳房 <input type="checkbox"/> 補整下着
購 入 日		
補助対象経費	円	円
補助申請額	補助対象経費×1/2（1,000円未満切り捨て。上限20,000円） 円	補助対象経費×1/2（1,000円未満切り捨て。上限20,000円） 円

私は、他の自治体を実施する補整具の購入に係る同様の補助金を受けていません。
私は、補助金の交付に関し、私の住民登録状況について関係公簿等を調査すること及び補助金に係る事項について関係機関に照会することに同意します。

添付書類

- (1) がん治療（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（がん治療による脱毛若しくは乳房の切除又はそれらのおそれが見込まれることを証明する書類に限る。）
- (2) 補整具の購入に係る領収書の写し（購入日、品名、購入金額、金額の内訳及び領収書発行元の記載のあるものに限る。）
- (3) 住民票の写し（関係公簿等を調査することに同意する場合は不要です。）
- (4) その他

留意事項

- ※1 申請者に対して補助金の交付（不交付）決定を通知します。また、補助金の振込先は、申請者の口座です。
- ※2 申請者が法定代理人の場合は、法定代理人を証する書類が必要です。
- ※3 申請者が任意代理人の場合は、委任状（任意の様式）及び任意代理人の本人確認書類（運転免許証、個人番号カード等）が必要です。