

松原市アピランスサポート助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

松原市長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊤

電話・携帯（ ）

(助成金の対象者が未成年の場合は、親権者の氏名をご記入ください)

松原市アピランスサポート助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて助成金の交付申請を行います。なお、交付手続きにあたり、市長が住民基本台帳の情報等、必要な情報を関係機関に照会することにつき同意します。

対象者	ふりがな			生年月日	年 月 日	(歳)	
	氏名			電話番号			
	住所	〒	松原市				
過去の実績	がん治療に伴うウィッグ購入費において、本件助成金の交付を過去に受けたことがありますか。				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	がん治療に伴う乳房補整具購入費において、本件助成金の交付を過去に受けたことがありますか。				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
購入した補整具	補整具の種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ		<input type="checkbox"/> 乳房補整具			
	購入日	年 月 日		年 月 日			
	購入額	ア	円 (税込)	エ	円 (税込)		
	助成金限度額	イ	10,000 円	オ	10,000 円		
	助成金対象額	ウ	円	カ	円		
助成金の交付申請額				円	(*ウとカの合計を記入してください)		
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/>	がん治療に係る医師の診断書その他の過去にがん治療を受けたこと、又は現に受けていることを証明する書類。(ウィッグについては抗がん剤使用等の治療が分かる書類、乳房補整具については外科的治療による乳房摘出術と部位を証明する書類等。写しも可。)					
	<input type="checkbox"/>	補整具購入にかかる領収書の写し					
	<input type="checkbox"/>	助成金の振込先として指定する口座の通帳又はカードの写し					
振込先	金融機関名				銀行・信用金庫 組合・農協	支店名	本店・支店 出張所
	口座番号	普通 ・ 当座				口座名義人 カナ 氏名	
委任状欄	*振込先の口座名義人が申請者と異なるときは、記入してください。 私は、上記の口座名義人に助成金の受領を委任し、その口座に助成金が振り込まれることをもって助成金を受領したものと認めます。						
	委任者の氏名 (申請者) ㊤						
	受任者の氏名						
	住所						