様式第1号（第5条関係）

八代市がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

（宛先）八代市長

補助金要件チェック欄　※□にチェック（☑）を記入してください。

- □ **八代市の住民基本台帳に記載されている**
- □ **八代市及び県内他自治体からがん患者アピアランスケア推進事業補助金を受けたことはない**
- □ **市税の滞納がない**
- □ **暴力団関係者に該当せず、また暴力団関係者とは一切の関係を有していない**

上記事項を承認した上で、八代市がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要綱第5条の規定により、八代市がん患者アピアランスケア推進事業補助金について、次のとおり申請します。

また、申請にあたり、八代市が住所確認のための住民基本台帳情報の閲覧や市税の納付状況等を関係機関へ照会することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="4">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>電話番号</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">住　　所</td><td colspan="2" rowspan="2">〒</td><td>対象者との続柄</td></tr>
<tr><td>□代理申請</td></tr>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒
□申請者と同じ</td></tr>
<tr><td rowspan="3">交付対象経費</td><td>対象区分</td><td colspan="2">ウィッグ等（助成金上限額2万円）</td><td>乳房補整具等（助成金上限額2万円）</td></tr>
<tr><td>購　入　日</td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日</td><td>令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>購入費用</td><td colspan="2">円（税込）</td><td>円（税込）</td></tr>
<tr><td colspan="2">交付申請額
購入金額×1/2　千円未満切捨</td><td colspan="2">円</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">交付申請合計額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">過去の受給状況</td><td colspan="3">□補助を受けたことがある場合　　日付：　　　　年　　月
補助を受けた補整具：　ウィッグ等　　乳房補整具等</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">振　込　先
（申　請　者）</td><td colspan="2">銀行　　農協
信用金庫　信用組合</td><td>本店
支店</td></tr>
<tr><td>種別</td><td>口座番号</td><td>口座名義人（カタカナ）</td></tr>
<tr><td>普通・当座</td><td>| | | | | | |</td><td></td></tr>
</table>

（裏面へ）

様式第1号（裏面）（第5条関係）

《添付書類》

1　がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し（ウィッグ等の場合、患者名、脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）及び医療機関名が記載されているもの。乳房補整具等の場合、患者名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。）

2　用具の購入に係る領収書及びその明細書の写し（購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。）

3　委任状（様式第2号）(申請者と対象者が異なる場合)

※対象者が18歳未満の場合を除く。

【八代市記入欄】

<table>
<tr><td colspan="2">≪添付書類≫
☐ 様式第1号（☐ 表面 補助金要件チェック記入）
☐ がん治療を受けている（受けていた）ことの証明書類の写し
☐ 補整具の購入に係る領収書及び明細書の写し
☐ 振込先口座が確認できる書類の写し

<代理申請の場合>
☐ 様式第2号
※助成対象者との続柄が確認できる及び代理人の本人確認書類（確認：　　）</td></tr>
<tr><td>住民基本台帳確認　　有 ・ 無</td><td>市税滞納確認　　有 ・ 無</td></tr>
</table>

受付担当者名：