

申請日 (請求日) 年 月 日

高知市長 様

補助金交付申請兼請求書

高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金の交付を受けたいので、高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり交付を申請します。また、補助金の交付決定を受けた場合は、交付決定を受けた当該補助金について請求します。なお、高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第4条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

申請者 (補助対象者)		氏 名										
		住 所										
		生年月日	年	月	日	電話番号	-	-				
補助 対象 経費	補整具の種類	ウィッグ ・ 乳房補整具				ウィッグ ・ 乳房補整具						
	購入年月日 (領収書の日付)	年	月	日	年 月 日							
	購入費用	円 (税込)				円 (税込)						
補助金申請(請求)額		円 (※上限2万円)										
振込先口座 (申請者名義のもの)		金融機関名					支店名					
		口 座 種 別	普通 ・ 当座				口座番号					
確認事項 (□に✓)		☐ 過去に他の市町村が実施する補整具購入にかかる同様の補助を受けていません。 ☐ 申請にかか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並びに国又は 他市町村の補助対象ではありません。 ☐ この事業の実施に関し必要となる住民基本台帳に記載された情報について、市が調査 することに同意します。 ☐ 市が補整具の購入先に対して購入内容を照会することに同意します。 ☐ 市が高知県に対して当該補助実績にかかる情報を提供することに同意します。										
添付書類 (□に✓)		☐ 補整具の購入に係る領収書の原本（購入者名、品名、金額等の記載のあるもの。） ☐ 治療計画書、化学療法説明書、診断書等のがんの治療を受けていることを証明する書類 ☐ 現住所及び生年月日が確認できる書類 ☐ 通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写し ☐ その他市長が必要と認める書類（ ）										

注意事項

- 1 この申請書は高知市が交付決定した後に補助金の請求書として取り扱います。
- 2 振込は、補助金の交付の決定があった日から1か月程度かかります。