

千歳市長 様

千歳市アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

千歳市アピアランスケア助成事業実施要綱第7条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。

- ・過去に千歳市及び他の地方公共団体で実施するウィッグ等や補整具の購入にかかる同種の助成を受けていません。
- ・本事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について千歳市が調査することに同意します。
- ・千歳市から国や他の地方公共団体、医療機関及びその他関係機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。
- ・申請にあたり千歳市アピアランス助成事業実施要綱の内容を遵守します。

太枠内を記入してください。
また、□欄の該当する部分に☑してください。

申請日		年 月 日	
申請者	住所	千歳市	
	(フリガナ) 氏名	印 続柄()	生年月日 年 月 日 電話番号
助成対象者	区分	<input type="checkbox"/> 申請者は助成対象者本人です。(助成対象者欄の記入は不要) <input type="checkbox"/> 申請者と助成対象者は別人のため、上記の者を代理人として申請を委任します。 (助成対象者欄の記入が必要) ※助成対象者:実際にウィッグ等を使用する人。 ※助成対象者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。	
	住所	千歳市	
	(フリガナ) 氏名	印	生年月日 年 月 日 電話番号
助成対象経費	補整具の種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ等	<input type="checkbox"/> 胸部補整具 <input type="checkbox"/> エビテーゼ
	購入日	年 月 日	年 月 日
	購入金額	ア 円(税込)	イ 円(税込) ウ 円(税込)
	※送料等を除く金額を記入してください。 ※複数購入の場合は、補整具の種類ごとに合計金額を記入してください。		
助成金額	購入合計金額	①	円 アとイとウの合計金額
	購入合計金額の1/2の額	②	円 ①×1/2(千円未満切捨て)
	助成金申請額	③	円 ②又は30,000円のうちのいずれか低い額
振込先	金融機関名	支店名	
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	(フリガナ) 口座名義人

千歳市記載欄

受付日	審査	備考	支給決定
	<input type="checkbox"/> 住所		<input type="checkbox"/> 支給 ・ <input type="checkbox"/> 不支給
	<input type="checkbox"/> 治療・意見書		支給決定額
	<input type="checkbox"/> 購入日		円
	<input type="checkbox"/> 購入内容		
	<input type="checkbox"/> 振込先		
	<input type="checkbox"/> 助成歴		確認者
	<input type="checkbox"/> 本人確認		