

様式第1号

年 月 日

(宛先) 前橋市長

住所 _____
申請者 氏名 _____
電話番号 _____

交付申請書兼実績報告書

令和4年度前橋市がん患者アピアランスサポート事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、市が本申請に係り、住民基本台帳、市税納付状況、治療内容、補整具購入内容に関して、関係機関へ照会することに同意します。

記

補助対象者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒	電話番号
補整具の種類	①	②	
購入年月日	年 月 日	年 月 日	
購入金額	円	円	
他補助の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	
補整具の種類	③	④	
購入年月日	年 月 日	年 月 日	
購入金額	円	円	
他補助の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	
補助金交付申請額	円 (上限30,000円。満たない場合は実費額)		

【 添付書類 】

<input type="checkbox"/> 診療明細書等又は医師の証明書	<input type="checkbox"/> 領収書 (宛名, 金額, 品名, 購入日, 発行者名)
<input type="checkbox"/> 本人確認書類 (成年後見人等は証する書類も併せて添付) ※窓口提示又は写し	

※補助対象者が未成年等の場合は、親権者及び成年後見人等による申請ができます。
※交付決定後、請求書(様式第4号)及び通帳等の写し(振込先口座情報)が必要となります。