

(宛先) 前橋市長

申請者	フリガナ		生年月日
	氏 名		昭和 平成 年 月 日
	住 所	〒	電話番号

交付申請書及び実績報告書兼誓約書

令和 8 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。また、私は、自身・補助対象者・請求者が暴力団等の反社会的勢力又は反社会的勢力と関係を有する者ではないことを誓約します。

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 ☐ 申請者と同じ	フリガナ			生年月日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒	電話番号	
がん治療の 状況	病 名			
	医療機関名			
補整具の種類	①		②	
購 入 年 月 日	令和 年 月 日	令和 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）			

☐過去にアピアランスサポート事業補助金を受けたことがない（生涯1回限り）

【 添付書類 】

☐ 診療明細書等又は医師の証明書	☐ 領収書（宛名, 金額, 品名, 購入日, 発行者名）
☐ 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 確認書類【マイナンバーカード、運転免許証、その他（ ）】確認者（ ）	

※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。