

様式第1号

令和 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5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	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	
補整具の種類	③	④	
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 】

<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 確認書類 ( ) 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。