

深谷市アピアランスケア助成金交付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

深谷市長宛て

深谷市アピアランスケア助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、下記のとおり助成金の申請をします。また、助成要件確認のため、本市が保有する住民基本台帳...納税状況等を調査することに同意します。

対象者が18歳以下の場合は、保護者を申請者としてください。

記

申請者	フリガナ	フカヤ タロウ			生年月日	昭和			
	氏名	深谷 太郎				平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日
	現住所	〒366-〇〇〇〇 深谷市〇〇〇 〇-〇-〇				令和	(〇〇) 歳		
	電話番号	【(自宅)携帯・その他()】 048-〇〇〇-〇〇〇〇				*日中必ず連絡のとれる電話番号を記入			
対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる(対象者が18歳以下の場合)								
	フリガナ				生年月日				
	氏名	原則、申請者と対象者は同じです。 申請者と対象者が同じ場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> し、 以下対象者欄の記入は不要です。			生年月日	対象者が18歳以下の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> し、 以下対象者欄を全て記入してください。			
助成対象経費	補整具			購入金額	購入年月日				
	ウィッグ・着用に必要なネット			〇〇〇〇〇円	〇〇年〇〇月〇〇日				
	補整下着・補整パッド・人工乳房等			〇〇〇〇〇円	〇〇年〇〇月〇〇日				
	合計			〇〇〇〇〇円					
申請額	※ 記入しないでお待ちください。 円 (千円未満切り捨て)								
振込先	金融機関名	〇〇〇〇〇 銀行 金庫 農協			本店 支店(支所) 出張所				
	預金種目	普通	フリガナ	フカヤ タロウ (申請者の名義の口座を記入) 深谷 太郎					
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座番号は右詰記入

事務局記入欄

申請受理年月日	年 月 日			申請番号			
要件確認	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 助成対象(ウィッグ・胸部補整具) <input type="checkbox"/> 他に助成等を受けていない <input type="checkbox"/> 市税に滞納がない <input checked="" type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> 治療を受けている・受けたことを証明するもの <input type="checkbox"/> 補整具の領収書(購入日・品名・金額等) <input type="checkbox"/> 振込口座等わかるものの写し						
審査結果	<input type="checkbox"/> 交付決定 <input type="checkbox"/> 不交付決定	助成対象経費	円	交付決定額	円	決定年月日	年 月 日