

様式第 1 号(第 4 条関係)

年 月 日

香南市長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____ 年 月 日
電話番号 _____
補助対象者からみた ()
申請者との続柄

香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書

香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金を受けたいので、香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

アピアランスケア用品 使用者 (補助対象者)	☐ 申請者と同じ	
	☐ 申請者と異なる:申請者が補助対象者の法定代理人（親権者、未成年後見人、成年後見人等）の場合 [補助対象者欄の以下の項目の記入が必要]	
	住 所 _____ 氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 電話番号 _____	
購入した アピアランスケア用品	種類	☐ ウィッグ ☐ 乳房補整具 右側 ☐ 乳房補整具 左側
	購入年月日	年 月 日
	購入価格	円
	メーカー又は購入 店舗	
補助金申請(請求)額 (上限 20,000 円)	円 _____ 購入価格の全額又は 20,000 円のいずれか少ない額	

※ 注意事項

- (1)品名、購入年月日及び購入価格が明記された領収書を添付してください。
- (2)がんの治療を受けたことを証明する書類の写しを添付してください。
- (3)補助対象者の市税等の滞納のない証明書を添付してください。
- (4)その他市長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

裏面

希望する振込先			
金融機関		支店名	
預金種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

※申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記口座名義人に補助金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	
申請者氏名.....	

確認事項(次の事項を確認し、□に✓を付してください)

☐	香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書及び添付書類の内容に虚偽や不正はありません。
☐	香南市暴力団排除条例(平成 22 年香南市条例第 32 号)第 2 条第 1 号に規定する暴力団又は同条第 3 号に規定する暴力団員等ではありません。
☐	補助対象として申請する経費に対して、香南市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第 2 条第 3 項に定められた他の地方公共団体からの補助や助成を受けていません。
☐	申請内容に虚偽があった場合は、香南市に対して補助金を返還します。
☐	補助金の交付を受けた補整具が起因する問題について、香南市が一切の責任を負わないことについて了承します。

同意書	
補助金の交付申請の審査のため、補助対象者について以下の 4 点について市が関係機関、公簿等により確認、情報提供することについて同意します。	
1. 住民票の写し	
2. 他の地方公共団体や団体から同種の助成金、補助金等の交付を受けていないこと	
3. 医療機関に提出書類の内容の確認	
4. 高知県に対して、香南市が当該申請に係る情報の提供	
申請者氏名	

添付書類確認欄(この欄は香南市役所職員が記入します。)

☐がん治療を受けていることを証する書類の添付(写し)

書類名 :

☐補整具の購入に係る支払が完了したことを確認することができる領収書の添付

☐市税等の滞納のない証明書の添付