

年 月 日

伊万里市長

様

申請者 住所 _____
 氏名 _____ (印)
 補助対象者との続柄 (本人 ・ 扶養者) _____
 電話番号 () _____

年度伊万里市がん患者ウィッグ及び胸部補正具購入費補助金交付申請書兼請求書

伊万里市がん患者ウィッグ及び胸部補正具購入費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

なお、申請するに当たり、伊万里市が私の市税等の滞納の有無に関する情報など、補助金の交付に関し必要な事項を照会・確認することに同意します。

記

補助対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
補助対象経費	ウィッグ	円	購入日	年 月 日
	胸部補正具	円	購入日	年 月 日
交付申請・請求金額	ウィッグ	円		
	胸部補正具	円		
	計	円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義			

次のいずれにも該当する場合にのみ、補助金の交付の対象となりますので、確認の上、にチェックをお願いします。

- がんに係る医療を現に受けている又は過去に受けていた。
- 伊万里市内に住所を有している。
- 市税、国民健康保険税、介護保険料及び後期高齢者医療保険料の滞納がない。
- 当該年度において他市町から同種の補助金の交付を受けていない。

※添付書類

- (1) がんと診断されたことわかる書類
- (2) 購入に係る領収書の写し (ウィッグ ・ 胸部補正具)