

令和 5年 10月 1日

水巻町長 様

水巻町アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。なお、水巻町が助成金交付の資格審査のため、住民登録や課税状況及び関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。

申請者	フリガナ	ミスマキ ハナコ				電話番号	093 (202) 3212			
	氏名	水巻 花子				生年月日	S38年 10月 1日			
	住所	遠賀郡水巻町頃末南3-11-1								
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者が助成対象者の場合は、この欄の記入は不要									
	フリガナ	ミスマキ ハルコ				電話番号	093 (201) 4321			
	氏名	水巻 春子				生年月日	S58年 10月 1日			
	住所	遠賀郡水巻町頃末北1-1-1					申請者との続柄 (長女)			
助成対象経費	区分	助成対象用具	購入日	購入金額	購入金額×1/2 (千円未満切捨)	交付申請額				
	医療用ウィッグ等	医療用ウィッグ	R5年 5月 1日	60,000 円	「購入金額×1/2」「交付申請額」欄は担当課で記入します。 記入せずにご提出ください。					
		装着用ネット	年 月 日	円						
		毛付き帽子	年 月 日	円						
	補整具等	補整パッド	R5年 5月 1日 R5年 7月 15日	35,000 円						
		補整下着	年 月 日	円						
		専用入浴着	年 月 日	円						
		弾性着衣	年 月 日	円						
エビテーゼ		年 月 日	円							
確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付又は国若しくは地方公共団体の助成を受けていません。(受けた場合は助成事業名を記入) []									
添付書類(写し)	<input checked="" type="checkbox"/> 本人確認書類の写し (マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証等 ※申請者及び助成対象者) <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 助成対象経費領収書の写し及びその明細書の写し <input checked="" type="checkbox"/> 助成金の振込口座の通帳の写し (口座番号等が確認できるページ) <input type="checkbox"/> その他 ()									
振込先	金融機関名	遠賀信用				銀行・金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所			
	口座番号	普通 当座	1	1	1	1	1	1	1	
	フリガナ	ミスマキ ハルコ							氏名	水巻 春子