

【 記 入 例 】

様式第1号（第5条関係）

令和8年度南部町アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

令和 ○年 ○月 ○日

南 部 町 長 様

補整具を必要とされる方が未成年か後見人制度利用者の場合を除き、補整具を必要とされる本人が申請者となります。

申請者 住 所 南部町大字下名久井字白山 91

氏 名 南部 太郎
(自署又は記名押印)

電話番号 0178-60-7100

令和8年度南部町アピアランスケア用品購入費助成金の交付を受けたいので、令和8年度南部町アピアランスケア用品購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、助成金の交付の決定があったときは、下記の振込先に助成金を交付するよう請求します。
記

補整具を必要とする者	フリガナ	ナンブ ナベマル		生年月日	大正・昭和 21年4月2日 平成・令和 (17歳)
	氏名	南部 鍋丸			
	住所	〒039-0595 南部町大字下名久井字白山 91			
申請金額の算定	購入した補整具	購入年月日	ア 購入費用(税込)	イ アの2分の1の額 ※100円未満切り捨て	助成金交付申請額 ※各補整具の区分につき 3万円又はイの額の いずれか少ない額
	頭部の補整具	令和8年4月1日	41,500円	20,700円	20,700円
	胸部の補整具	令和 年 月 日	円	円	円
助成金振込先	金融機関	長谷	銀行・金庫 農協・組合	ぼたん	本店 支店 本所 支所
	種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	フリガナ	ナンブ タロウ			
	口座名義	南部 太郎			

誓約書兼承諾書

- この申請書に提出した申請内容が事実であることを保証し、申請費について、南部町又は他の地方公共団体等から同様の申請を受理することなく、また南部町以外から受ける予定はありません。
- 申請内容の審査のために、町が他の地方公共団体や関係する医療機関等に対し、申請内容の事実確認及び他の同種の助成金等の交付の有無の確認を行うことについて承諾します。

氏 名
(申請者自署又は記名押印)

南部 太郎