

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

申請者 住所

氏名

(自署又は記名押印)

電話番号

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		生年月日	大正・昭和 年 月 日	
	氏名			平成・令和 (歳)	
	住所	〒			
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 年 月 日	円	円	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	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店 本所・支所	
	種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				

誓約書兼承諾書

- この申請に係るアピアランスケア用品購入費について、南部町又は他の地方公共団体等から同種の助成金の交付や寄附金等を受けたことはなく、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)

裏面記載の注意事項や添付書類をご確認のうえ、所定の書類を添えて申請してください。

(注意事項)

- ・補整具を必要とする者が、未成年者又は被後見人である場合であって、その法定代理人が申請するときは、申請者の欄は法定代理人について記入してください。
- ・申請者氏名及び誓約書兼承諾書の氏名は、申請者本人が署名するか、又は記名押印してください。
- ・助成金振込先は補整具を必要とする者（未成年者の場合はその法定代理人）の名義口座に限ります。
- ・申請にあたり、以下の書類を添付してください。なお、申請内容によっては下記以外の書類の提出を求める場合があります。

(添付書類)

- 1 がんの治療を受けた又は現に受けていることを証明する(診断書、診療明細書、治療方針計画書の写し等)
- 2 補整具を購入した日及び支払った金額の明細がわかる書類
- 3 振込みを希望する金融機関の預貯金口座が確認できる書類(通帳の写し等)
- 4 補整具を必要とする者本人であることを確認できる書類(免許証、マイナンバーカード(おもて面)の写し等)
- 5 法定代理人が申請する場合にあつては、当該法定代理人本人であることを確認できる書類(免許証、マイナンバーカード(おもて面)の写し等)及び後見人が申請する場合にあつては、当該後見人であることが確認できる書類。

担当及び提出先

健康こども課

☎ 0 1 7 8 - 6 0 - 7 1 0 0