

三鷹市アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

（あて先）三鷹市長

申請日： 年 月 日

三鷹市アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請いたします。また、交付決定後は、その決定額を請求します。なお交付決定金額は下記の口座に振り込んでください。申請に当たり、助成対象者の住民基本台帳を閲覧すること、必要に応じて関係機関へ照会すること及び診療明細を閲覧することに同意します。

申請者	フリガナ						
	氏名	印					
	住所	〒					
	電話番号	-		-		助成対象者との続柄	
助成対象者 ※申請者と同一人の場合は、 <u>生年月日のみご記入ください。</u>	フリガナ						
	氏名						
	住所	〒181- 三鷹市					
	生年月日			年 月 日			
購入（レンタル）した補正具	品 目			購入（レンタル）年月日			
				年 月 日			
申請金額の算定	購入（レンタル）合計金額（ア）	（ア）と50,000円のいずれか低い額（イ）				助成金申請金額（イ）+（ウ）	
		円				※100,000円を超える場合は100,000円	
		((ア) - 50,000円) × 1/2（ウ）				円	
確認事項	申請にかかる対象経費について、過去、または他の法令等に基づく同種の補助等の受給の有無 <input type="checkbox"/> 有 <ul style="list-style-type: none"> ・助成決定年月： 年 月 ・助成回数： 回 ・助成自治体名： <input type="checkbox"/> 無						
添付書類	①がん治療を証明する書類 <input type="checkbox"/> 治療計画書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> その他() ②領収書等の原本 ※購入（レンタル）品目、支払日及び金額の内訳がわかるもの						
振込先	金融機関名	銀行 信金		本店 支店 出張所			普通当座
	口座番号					金融機関コード	店番号
	口座名義人	(フリガナ)					
	※助成対象者と同一						

対象者が未成年者の場合、原則として保護者が申請することができます。この場合において「振込先」は「申請者」又は「助成対象者」の口座を記載してください。