

鳥取市がん患者の社会参加応援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

鳥取市長 様

(申請者) (〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

(自署の場合は押印不要)

(続柄：補助対象がん患者の _____)

電話番号 _____

(日中に連絡ができる電話番号を御記入ください)

鳥取市がん患者の社会参加応援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり、鳥取市補助金等交付規則第4条の規定により申請します。また、補助の適正を図るために必要な場合は、鳥取県に過去の交付状況の照会・提供を行うことについて同意します。なお、交付決定後は、下記交付決定額を請求します。

記

1 補助対象がん患者	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日		
	過去の補助金受給の有無	過去にこの補助金を受けたことがありますか。 有 ・ 無		
有の場合 ※初回申請日と既交付決定額(合計額)		全頭かつら	補整下着等	
		年 月 日	年 月 日	
		円	円	
2 補助対象経費	区 分	ア 全頭かつら (装着用のネットを含む。)	イ 補整下着等	
	購入費用	円		円
	購入日	年 月 日		年 月 日
3 交付申請額	円 (購入費用×1/2、千円未満切り捨て、上限5万円)			
4 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 補整具等(全頭かつら(装着ネットを含む)・補整下着)の領収書など購入した金額が分かる書類 <input type="checkbox"/> 診療明細書などががん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> (補助対象がん患者の)世帯全員の所得及び課税額を証明する市町村長が発行する書類 <input type="checkbox"/> (他からの助成がある場合)他からの助成額の金額が分かる書類			
5 他からの助成の有無	<input type="checkbox"/> あり (円) <input type="checkbox"/> なし ※「あり」の場合はその助成額が分かる書類を添付すること。			

6 振込先 補助金が交付決定された場合は、下記の振込先口座へ振り込んでください。

ふりがな				貯金種別	普通・当座					
口座名義人 (※申請者名義)										
金融機関名	銀行	金庫	本店	口座番号						
	組合	農協	支店 出張所							

鳥取市記入欄	交付決定年月日 (請求年月日)	年 月 日	交付決定額	円
--------	--------------------	-------	-------	---