

記入例

様式第1号（第5条関係）

鹿島市がん患者アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

日付は空欄のままで提出
してください。

年 月 日

鹿島市長 松尾 勝利 様

鹿島市がん患者アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、鹿島市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、申請するに当たり、鹿島市が私の市税等の滞納の有無に関する情報など、助成金の交付に関し必要な事項を照会・確認することに同意します。

助成対象者の氏名を記載する

記

申請者 (助成対象者)	氏名	鹿島 花子 鹿島		
	住所	鹿島市大字納富分 2700 番地 1		
	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日	電話番号	000-0000-0000
助成対象経費		50000円	購入日	令和 5年 4月 1日
交付申請・請求金額		20000円 助成対象経費の1/2の金額(上限20,000円)		
振込先	金融機関名	〇 〇	銀行 金庫 農協・組合	〇 〇 支店 ・支所 出張所
	預金種別	普通 ・当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇
	(フリガナ) 口座名義	カシマ ハナコ 鹿島 花子		

日中連絡が取れるお電話番号をご記入ください。

※ 次のいずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付の対象となりますので、確認の上、
□にチェックをお願いします。

- がんに係る医療を現に受けている又は過去に受けていた
- 鹿島市に住所を有する
- 鹿島市税等の滞納がない
- 当該年度において、他市町から同種の助成等を受けていない

※ 添付書類

- (1) がんと診断されたことのわかる書類
- (2) 医療用補正具等の購入に係る領収書の写し
- (3) 申請者と口座名義人が違う場合は、委任状を添付すること