様式第１号（第５条関係）

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 |
| ２ 補助助対象経費 | 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） | □ 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□診療明細書などがん治療を受療していることが分かる書類□（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□（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 | □ あり（　　　　　　　　円）　　　□ 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 | 本店銀行 金庫 支店組合 農協 出張所 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |