

令和6年5月1日

高知市長 桑名龍吾様

補助金交付申請書

高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金の交付を受けたいので、高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり交付を申請します。また、高知市事業等からの暴力団の排除に関する規則第4条各号に掲げる者に該当しないことを誓約します。

記

申請者 (補助対象者)	氏名	高知 花子	
	住所	高知市丸ノ内1丁目7-45	
	生年月日	昭和●年●月●日	
	電話番号	090-1234-5678	
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ・乳房補整具	ウィッグ・乳房補整具
	購入年月日 (領収書の日付)	令和6年4月30日	年 月 日
	購入費用	55,000円(税込)	円(税込)
	交付申請額 ※上限2万円	20,000円	円
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書の原本（品名や金額の記載のあるものに限る。） <input checked="" type="checkbox"/> 治療計画書、化学療法説明書、診断書等のがんの治療を受けていることを証明する書類 <input checked="" type="checkbox"/> 現住所及び生年月日が確認できる書類 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類		

令和6年5月1日

高知市長 桑名龍吾様

請求者 住所 高知市丸ノ内1丁目7-45

氏名 高知 花子

補助金交付請求書兼支払金口座振替依頼書

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金について、高知市がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第8条の規定により、下記のとおり請求します。

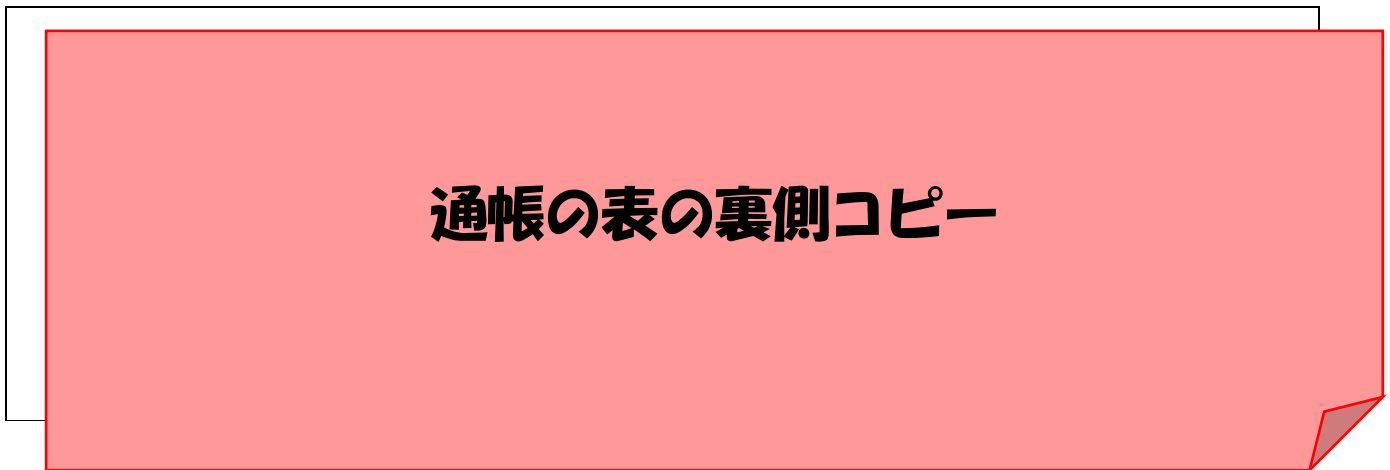
記

1 請求金額 金 円

2 振込先口座 (補助利用者名義の口座情報をご記入ください)

口座 名義人	フリガナ	コウチ ハナコ												
	氏名	高知 花子												
ゆうちょ 銀行	通帳の記号						通帳の番号 (右詰で記入)							
	1					0								1
ゆうちょ 銀行以外	銀行 金庫 本店						口座番号 (右詰で記入)							
	●●	農協	●●	支店	普通	1	2	3	4	5	6	7	当座	
		信組 労金		出張所										

○通帳の口座情報が確認できる部分 (通常は表紙の裏側) の写しを貼付してください。



注意事項

1 振込は、請求のあった日から1か月程度かかります。