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

		氏	名									
	申請者	住	所									
	(補助対象者)	生年	月日				年	月	日			
		電話	番号									
補	補整具の種類	1	ウィッグ	· 乳	房補整具			ウィッグ	· 乳房	補整具		
助対	購入年月日 (領収書の日付)			年	月	日			年	月	日	
象経	購入費用				円(税込)				円(利	说込)	
費	交付申請額 ※上限2万円				円					円		
		□ 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。) □ 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										
	添付書類	する書類 □ 現住所及び生年月日が確認できる書類 □ その他市長が必要と認める書類										

高知市長	Z.	H	₩ ⊨	∓	134
高加川女	-} -	2 1	日巨	#	小球

請求者	住	所		
	rr.	Į.		
	仄	石		

補助金交付請求書兼支払金口座振替依頼書

年 月 日付け 高知市指令 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	フリカ	ガナ																		
名義人	氏名	古																		
ゆうちょ	通帳の記号								通帳の番号(右詰で記入)											
銀行	1							0												1
ゆるもっ			金	訳行	金庫			本店	i	口座	番号	· (走	詰て	記り	()					
ゆうちょ 銀行以外				農	劦			支店	i	普通	Ē									
或行し人グト			信	言組	労金		Ļ	出張所	ŕ	当点	Ž.									

○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	ください。
--------------------	------------	-----------	-------

П	
L	

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。