

令和 年 月 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		
	住 所		
	生年月日	年 月 日	
	電話番号		
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)	年 月 日	年 月 日
	購入費用	円 (税込)	円 (税込)
	交付申請額 ※上限2万円	円	円
添付書類	<input 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 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 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		

