

長崎市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

（あて先）長崎市長

長崎市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求します。

申請者	フリガナ		助成対象者との続柄 ※対象者が未成年の場合、申請者は法定代理人	
	氏名	⑩		
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住所	(〒 -)		
助成対象者	申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要です。			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	住所	(〒 -)		
助成対象費用	区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等	<input type="checkbox"/> 乳房補整具等	
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入金額	円（税込）	円（税込）	
	申請金額	円	円	

振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店名	本店・支店 出張所	口座 種別	普通・当座
フリガナ	口座 番号				
口座名義人					

同意及び確認事項 にチェックを付けてください。

- 私（助成対象者）は、申請する対象の区分で、過去に長崎市の助成を受けていません。また、国又は地方公共団体から助成を受けていません。
- 私（申請者）は、長崎市暴力団排除条例（平成24年長崎市条例第59号）第2条第2号に規定する暴力団員ではありません。また、市が必要な場合には、警察に照会することに同意します。
- 私（申請者）は、審査に必要な情報の確認及び調査に同意します。