様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

基山町長　　　　　　様

申請者　住所

氏名

電話番号

基山町アピアランスケア支援事業補助金交付申請書

基山町アピアランスケア支援事業補助金の交付を受けたいので、基山町アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第４条の規定により、申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 補正用具の種類 | 医療用ウィッグ　　・　　乳房補正具 |
| 補正用具購入額 | 円（税込） |
| 交付申請額 | 円（税込）×　1/2　＝　　　　　　　円 |

【誓約・同意事項】

（１）基山町アピアランスケア支援事業補助金要件に該当します。

（２）基山町アピアランスケア支援事業補助金要件等を審査するため、基山町が必要な公簿等の確認を行うことに同意します。

（３）不正の手段により基山町アピアランスケア支援事業補助金の交付を受けた場合は、交付を受けた基山町アピアランスケア支援事業補助金を返還します。

（４）暴力団、暴力団員又はこれらと関係を有している者ではありません。

【添付書類】

（１）補助対象経費算出の基礎となる見積書等

（２）治療・手術を行ったことがわかる書類（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書、診断書の写し等）

（３）その他町長が必要と認める書類