

諫早市アピランスケア支援助成金交付申請書兼請求書

諫早市長 様

諫早市アピランスケア支援助成金交付規程第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

申請者	フリガナ		助成対象者 との続柄 <small>※対象者が未成年の場合、 申請者は法定代理人</small>	
	氏名			印
	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
	氏名			
住所	(〒 -)			
助成対象経費	区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等	<input type="checkbox"/> 乳房補整具等 (右・左)	
	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	

2 振込先 (申請者本人以外の口座には振込みできません。)

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

3 確認事項 にチェックをいれてください。

- 私 (助成対象者) は申請する対象の区分で、過去に諫早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、諫早市暴力団排除条例 (平成24年条例第20号) に規定する暴力団員ではなく、関係も有していません。また、市が必要な場合は、警察に照会することに同意します。
- 私 (申請者) は、市税、国民健康保険料、後期高齢者医療保険料の納付状況の確認及び調査に同意します。

年 月 日 署名 _____