

中泊町アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書

中泊町長 様 令和 〇年〇月〇日

申請者
住所 中泊町中里字〇〇〇番地〇〇
氏名

中泊町アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて以下の通り助成金を申請します。

1. 申請内容

対象者	フリガナ	ナカドマリ ハナコ	生年月日	〇・S・H・R 〇年〇月〇日 (〇歳)
	氏名	中泊 花子		
	住所	〒 中泊町中里字〇〇〇番地〇〇 電話番号 〇〇 — 〇〇 — 〇〇〇〇		
購入した補整具	種類	購入年月日	補整具購入経費 (税込)	
※該当するものを○で囲む	① 頭部補整具	令和8年8月1日	ア	
	2 胸部補整具(右・左)		65,000 円	
申請金額の算定	補整具購入経費 (税込)	アの2分の1の額 ※100円未満切捨て	助成金額上限額3万円 又はイのいずれか低い額	
	ア 65,000 円	イ 32,500 円	ウ 30,000 円	
助成金交付申請額		30,000 円		

2. 振込先

金融機関名	青森みちのく	支店名	中里
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	××××××
(フリガナ)	ナカドマリ ハナコ		
口座名義人	中泊 花子		

※本人名義の振込先を記入してください。

添付書類
□がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類 (診断書、診療明細書等) 又はその写し
□補整具を購入したことを証明する書類 (領収書等の原本)
□振込を希望する銀行口座が確認できる書類の写し