様式第１号(第６条関係)

年　　　月　　　日

武雄市長　　　様

申請者　住所

氏名

助成対象者との続柄(本人・扶養者)

電話番号　　　　（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※本人が自署（手書き）する場合は押印不要。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人が自署しない場合は押印が必要）

令和 年度武雄市がん患者補正具購入費用助成金交付申請書及び実績報告書

武雄市がん患者補正具購入費用助成金の交付を受けたいので、武雄市がん患者補正具購入費用助成金交付要綱の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

なお、申請するに当たり、武雄市が私の市税等の滞納の有無に関する情報など、助成金の交付に関し必要な事項を照会し、確認することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | | |
| 購入日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| 助成対象経費 | 円 | | | |
| 交付申請額 | 円 | | | |

（添付書類）

・医療用補正具等の購入に係る領収書の写し

・がんと診断されたことが分かる書類

・その他市長が必要と認める書類