

鳥取県がん患者等の社会参加応援事業補助金交付申請書兼実績報告書

令和 年 月 日

総合事務所長 様

(申請者) 〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄：補助対象者の \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

(日中に連絡可能な電話番号をご記入ください)

鳥取県がん患者等の社会参加応援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり、鳥取県補助金等交付規則第5条の規定により申請するとともに、第17条の規定により実績を報告します。

なお、交付決定後は、下記交付決定額を請求します。

記

1 補助対象者	氏 名						
	住 所						
	生年月日	年		月		日	
	過去の補助金受給の有無	過去にこの補助金を受けたことがありますか。		ある ・ ない			
		有の場合 ※初回申請日と既交付決定額(合計額)を記入	ウィッグ			補整下着等	
令和 年 月 日			円	令和 年 月 日	円		
2 補助対象経費 (いずれか又は両方の区分にご記入ください)	区 分	ア ウィッグ (全頭用、部分用、頭皮保護用ネット)			イ 補整下着等		
	購入費用	円			円		
	購入日	令和 年 月 日	円	令和 年 月 日	円		
3 交付申請額	円 ※購入費用×1/2、千円未満切り捨て、補助上限額5万円						
4 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください) ※コピー可	<input type="checkbox"/> 領収書等 (記載内容：宛名(申請者の氏名)、購入日、購入した補整具の品名、金額、発行者名等) <input type="checkbox"/> 補整具の購入が必要な状態となった原因の傷病及びその治療内容等を確認できる書類 <input type="checkbox"/> (補助対象者の) 世帯全員の所得課税証明書(市町村民税の所得割課税年額がわかる書類)						
5 他からの助成の有無	<input type="checkbox"/> あり ( _____ 円) <input type="checkbox"/> なし 「あり」の場合 ⇒ <input type="checkbox"/> 他からの助成金額がわかる書類を添付						
6 振込先							
金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所	預金種別	普通・当座・その他			
フリガナ			口座番号				
口座名義 (※申請者名義)							