



武蔵野市長 殿

武蔵野市アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

武蔵野市アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、武蔵野市アピアランスケア助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請の内容を確認するために、武蔵野市長が住民基本台帳及び診療明細の閲覧並びに受診機関への確認等を行うことに同意します。

補助対象経費の支出に際し、クレジットカード等の後払方式の決済方法を利用した場合であって、所定の引落日に残高不足等で支払の義務が履行されないことにより、契約約款等による所有権留保が実行されたときは、既交付済の補助額の全額を市へ返還することに同意します。

申請者	フリガナ											
	氏名											
	住所	郵便番号										
	電話番号				助成対象者との続柄							
助成対象者 <small>申請者本人の場合には生年月日のみ記入してください。</small>	フリガナ											
	氏名											
	住所	郵便番号										
	生年月日	年	月	日								
補正具	<input type="checkbox"/> 購入	品目	購入年月日		レンタル年月日							
	<input type="checkbox"/> レンタル		年	月	日	年	月	日～	年	月	日	
申請額 (請求額)	購入額	ア	ア又は50,000円のいずれか低い額				イ	イ+ウ				
		円					円	※上限100,000円				
		円	(ア-50,000円)×1/2				ウ	円				
確認事項	申請に係る対象経費について、過去又は他の法令に基づく同種の補助等の受給有無											
	<input type="checkbox"/> 有	補助決定年月				年		月				
		補助回数								回		
		補助自治体名										
<input type="checkbox"/> 無												
添付書類	治療・外傷の証明書類	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 治療計画書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> その他()										
	<input type="checkbox"/> 領収書 ※宛名、品目、支払日及び金額の内訳がわかるもの											
振込先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						
		<input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 出張所								
	口座番号						金融機関コード				店番号	
	口座名義人		フリガナ									
	※申請者又は助成対象者		氏名									

対象者が未成年の場合、原則として保護者が申請することができます。この場合において、「振込先」には「申請者」又は「助成対象者」の口座を記載してください。

請求権は、助成金の交付決定後に発生します。

* 武蔵野市使用欄
【本人確認実施職員】氏名