

年 月 日

鳥栖市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

補助対象者との続柄（ 本人 ・ 扶養者 ） _____

電話番号 _____

鳥栖市アピアランスケア支援事業費補助金交付申請書兼請求書

鳥栖市アピアランスケア支援事業費補助金交付を受けたいので、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

補助対象者	氏名		生年月日等	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳)
	住所			
補助対象経費		円	購入日	年 月 日
申請・請求金額		円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義	-----		

次のいずれにも該当する場合にのみ、補助金交付の対象となりますので、確認の上、にチェックをお願いします。

- 申請日において鳥栖市に住所を有する者
 当該年度において他県で実施している同様の補助を受けていない者
 当該年度中に県内の他市町において、本補助を補助対象区分ごとに20,000円を超える補助を受けていない者

※ 必要な添付書類

- 補正具等の購入にかかる領収書
- 通帳の写しなどの振込先口座が確認できる書類
- がん又はがんの疑いがあると診断されたことが証明できる書類（がん診断書・診療明細・入院治療計画書等）