

# 申請書の記入例

別記様式（第4条関係）

## 令和7年度大村市アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

令和7年8月20日

原則、対象者本人が  
申請してください。

- 代理申請をされる場合は委任状が必要です。
- 対象者が未成年の場合、保護者を申請者とし委任状は不要です。

申請者

氏名 大村 太郎  
住所 〒856-0000  
大村市〇〇町〇〇番地  
電話番号 0957-12-3456



印鑑が必要です

チェックが必要です

令和7年度における大村市アピアランスケア用品購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請・請求します。

助成対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ（助成対象者欄の記載は不要）		
	氏名		
	住所	〒	

複数購入した場合は合算して計上してください。

- 複数購入した場合、購入日は一番古い物にしてください。

助成対象経費	区分	<input checked="" type="checkbox"/> ウィッグ等	<input type="checkbox"/> 乳房補
	購入日	令和7年7月5日	年
	購入金額	88,000円（税込）	
	交付申請額（請求額）	20,000円	

交付申請額は購入費用の1/2とし上限2万円です。

1,000円未満の端数がある場合はこれを切り捨てた額となります。

振込先口座	金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
	預金種別	普通・当座・その他（ ）	口座番号	1234567
	フリガナ	オオムラ タロウ		
	口座名義	大村 太郎		

申請者名義の振込先口座を記入してください。

チェックが必要です

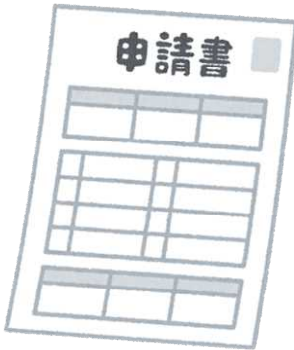
- 国、大村市、他の自治体等が実施する助成対象経費の購入に係る助成を受けたこと又は受ける予定はありません。
- 市税の滞納の有無に関する情報等の助成金の交付に関し必要な事項を照会・確認することに同意します。  
※同意がない場合は、市税納税証明書の添付が必要です。
- 必要に応じ、大村市から医療機関に治療内容を、助成対象経費の購入先に購入内容を照会することに同意します。

以下、市役所記入欄

受付印	審査	項目	可否	備考	決定	□交付 □不交付		
			□可 □否		年月日	年	月	日
		住所	□可 □否		決定			
		治療	□可 □否					
		購入日	□可 □否		助成 決定額			
		購入内容	□可 □否					
		振込先	□可 □否					
		助成歴	□可 □否					

# 必要書類

①



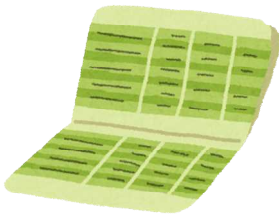
②



③



④



⑤



## ① 申請書（大村市アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書）

ホームページや窓口に様式がございます。対象者ご本人が申請してください。  
なお、対象者が未成年の場合、法定代理人が申請してください。印鑑が必要です。

## ② がんの診断・治療がわかる書類（写し可）

がんの診断書・診療計画書・手術同意書など

## ③ 購入した補整具のレシート・領収書など（写し可）

宛名、購入年月日、購入金額、購入品目、領収書など発行元が確認できるもの

## ④ 振込先がわかる通帳、キャッシュカードなどの写し

金融機関名、支店名、口座種別、名義、口座番号が確認できるもの。申請者名義の口座に限る。

## ⑤ 大村市民であることがわかるもの

マイナンバーカード、住民票、免許証などの写し