

令和8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

年 月 日

大村市長 様

申請者 氏名 印  
住所  
電話番号

令和8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 type="checkbox"/> 申請者と同じ（助成対象者欄の記載は不要）		
	氏名		電話番号
	住所	〒	

助成対象経費	区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等	<input type="checkbox"/> 乳房補整具等（右・左）
	購入日	年 月 日	年 月 日
	購入金額	円（税込）	円（税込）
	交付申請額（請求額）	円	円

振込先口座	金融機関名		支店名
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		

- 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 年月日	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付
		住所	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			
		治療	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			
		購入日	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			
		購入内容	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			助成 決定額
		振込先	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			
		助成歴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否			