（様式１号）

令和　　年　　月　　日

佐世保市アピアランスケア助成金申請書兼請求書

佐世保市アピアランスケア助成事業実施要綱に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、交付決定後には指定する口座への振り込みを請求します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 | 佐世保市 | | | | |
| 氏　　名 |  | | 電話番号 | |  |
| 法定代理人の場合、その氏名 | |  | | | |
| 助成対象 | 医療用ウィッグ　　・　　乳房補整具 | | | | |
| 助成金額 | 金　　　　　　　　円 | | | | |
| 振込先 | 銀行 | | | 支店 | |
| 普通・当座 | 口座番号 | |  | |
| 口座名義（ｶﾀｶﾅ） |  | | | |
| その他 | 本申請にあたり、私は以下の点について確認し、間違いないことを証明  します。  ・用具購入に際し、他自治体・団体等の助成を受けていないこと。  ・申請する助成対象の区分で、過去に佐世保市の助成金交付を受けてい  ないこと。  ・佐世保市暴力団排除条例第２条に基づく暴力団または暴力団員との  　密接な関わりがないこと。 | | | | |