

(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。		