

第1号様式（第5条関係）

上越市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

次のとおり上越市がん患者医療用補正具購入費助成金の交付を受けたいので申請します。

1 申請内容

申請者	フリガナ 氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所	〒 上越市		
	電話番号			
過去における 本事業による 助成の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ ウィッグ等 ・ 胸部補正具 ・ 人工乳房（右・左） ）			
助成対象経費等	区 分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等	<input type="checkbox"/> 胸部補正具	<input type="checkbox"/> 人工乳房 右・左
	購入予定日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額 （税込）	円	円	円
	購入金額 × 1 / 2	ア 円 (1,000円未満切捨て)	エ 円 (1,000円未満切捨て)	キ 円 (1,000円未満切捨て)
	助成上限額	イ 25,000円	オ 25,000円	ク 50,000円
	助成額	ア又はイのいずれか低い額 ウ 円	エ又はオのいずれか低い額 カ 円	キ又はクのいずれか低い額 ケ 円
助成申請合計額	円 （ウとカとケの合計額）			
添付書類	<input type="checkbox"/> 診断書の写し <input type="checkbox"/> 見積書その他補助対象経費を確認することができる書類の写し <input type="checkbox"/> 商品カタログその他購入する補正具を確認することができる書類 <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認めるもの（ ）			

## 2 承諾及び誓約事項

### 1 個人情報の取扱いに関する承諾欄

がん患者医療用補正具購入費助成の決定の審査のため、課の職員が、私に係る  
住民基本台帳を閲覧（確認）することを承諾します。

### 2 誓約事項

- ・ 申請を行った上記の内容について、事実と相違ありません。
  - ・ 国又は他の地方公共団体から類似する助成金等は受給していません。
  - ・ 虚偽、不正等が判明した場合は、助成金の全部を市に返還します。
- (上越市暴力団の排除の推進に関する条例に基づく暴力団の排除のための誓約)
- (1) 助成金を暴力団の活動に使用しません。
  - (2) 助成金の交付の対象となる事業により暴力団に対し利益を供与することはありません。
  - (3) (1)又は(2)に反する場合は、この申請を却下され、助成金の交付対象者の登録若しくは交付の決定を取り消され、又は交付を受けた助成金を返還することを承諾します。

年 月 日

本人署名