

別記様式（第8条関係）

栃木市アピアランスケア支援補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）栃木市長

栃木市アピアランスケア支援補助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します。

また、この補助金の交付に係る審査のため、市の職員が私の住民情報及び市税の納付状況を確認することに同意します。

申請者	住所	栃木市	
	氏名	電話番号	
		<small>（自署しない場合は、記名押印してください。）</small>	
医療用 ウィッグ	購入年月日	購入額	補助金申請額
	年 月 日		
乳房補整具 （左側）	購入年月日	購入額	補助金申請額
	年 月 日		
乳房補整具 （右側）	購入年月日	購入額	補助金申請額
	年 月 日		

委任欄 ※代理人が申請する場合は、以下について必ず申請者が記入してください。

委任者（申請者）	住所	氏名
私は、栃木市アピアランスケア支援補助金の交付に関する一切の権限を次の者に委任します。		
受任者（代理人）	住所	氏名

記入例

栃木市アピアランスケア支援補助金交付申請書

年 月 日

（宛先） 栃木市長

栃木市アピアランスケア支援補助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します。

また、この補助金の交付に係る審査のため、市の職員が私の住民情報及び市税の納付状況を確認することに同意します。

補整具を使用している方

申請者	住所	電話番号	
	氏名	市で記入します	
<small>（自署しない場合は、記名押印してください。）</small>			
医療用 ウィッグ	購入年月日 年 月 日	購入額	補助金申請額
乳房補整具	購入年月日 年 月 日	購入額	補助金申請額
	購入年月日 年 月 日	購入額	
	購入年月日 年 月 日	購入額	

振込先が補整具使用者
ご本人でない場合は、ご
記入ください。

委任欄 ※代理人が申請する場合は、以下について必ず申請者が記入してください。

委任者（申請者）	住所	氏名	補整具を使用している方
私は、栃木市アピアランスケア支援補助金の交付に関する一切の権限を次の者に委任します。			
受任者（代理人）	住所	氏名	振込先の方