

様式第1号（第5条関係）
宮若市アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

宮若市長 様

(申請者) (〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 ()

電話番号 _____ - _____

宮若市アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請（請求）します。

1 助成対象者	氏 名						
	住 所						
	生 年 月 日	年	月	日	(歳)		
2 助成対象経費	用具	購入金額	購入日		区分		
	医療用ウィッグ	_____ 円	_____ 年 _____ 月 _____ 日		医療用ウィッグ等		
	装着用ネット	_____ 円	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	毛付き帽子	_____ 円	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	補整パッド	_____ 円	_____ 年 _____ 月 _____ 日		補整具等		
	補整下着	_____ 円	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	専用入浴着	_____ 円	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	弾性着衣	_____ 円	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
	エビテーゼ	_____ 円	_____ 年 _____ 月 _____ 日				
3 交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等				
	20,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て)のいずれか低い額 _____ 円		10,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て)のいずれか低い額 _____ 円				
4 確認事項 (該当するものに☑をつけてください)	・申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他地方公共団体の助成を受けていない。		☐はい ☐いいえ (いいえの場合は助成事業名を以下に記入) [_____]				
5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	☐助成対象者の本人確認ができる書類（運転免許証、保険証等）の写し ☐治療方針計画書や手術や化学療法の同意書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類 ☐領収書及びその明細書（購入日、品目、金額、個数がわかるもの）の写し ☐振込先の口座番号や口座名義がわかる通帳又はキャッシュカード等の写し 【転入等で宮若市において市民税の状況が確認できない場合の追加書類】 ☐世帯全員の所得及び課税額を証明する市町村長が発行する書類						
6 振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫・組合			本店 支店	口座種別 ※該当するものに○印	1. 普通 2. 当座
	口座番号					(フリガナ) 口座名義	

照 会 同 意 書

宮若市アピアランスケア推進事業助成金の交付申請にあたり、宮若市が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、下記のとおり照会・確認することについて同意します。

区分	照会・確認事項	
助成対象者 ※対象者が未成年の場合は、その法定代理人	☐	①宮若市住民基本台帳の記録に関する事項
	☐	②宮若市の市民税の課税状況に関する事項
	☐	③医療機関への治療内容に関する事項
	☐	④用具の購入先への購入内容に関する事項
	☐	⑤宮若市の市税等の滞納状況に関する事項
対象者と 同一世帯の者	☐	⑥宮若市住民基本台帳の記録に関する事項
	☐	⑦宮若市の市民税の課税状況に関する事項
	☐	⑧宮若市の市税等の滞納状況に関する事項

※ 同意されない場合は助成金が支払われない場合があります。

【署名欄】

照会・確認事項について同意される場合は、下記にご署名ください。

※同一世帯（住民票上の世帯）の方について、太枠の中に全員ご記入ください。

	氏 名	【宮若市記入欄】
助成対象者	※	円
対象者と 同一世帯の者	※	円
	※	円
	※	円
	※	円
	※	円
	※	円
	※	円
世帯市民税所得割年額の合計		円

※ 本人が手書きしない場合は、記名・押印ください。