

様式第1号(第5条関係)

筑紫野市アピアランスケア用品購入助成事業助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)筑紫野市長

(申請者) (〒 - )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

助成対象者との続柄 ( )

電話番号 \_\_\_\_\_

筑紫野市アピアランスケア用品購入助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

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	
	購入金額の合計の1/2 (千円未満切り捨て) ※上限2万円とする 円		購入金額の合計の1/2 (千円未満切り捨て) ※上限1万円とする 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及び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
5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 申請者及び助成対象者(申請者と異なる場合に限る。)の本人確認ができる書類(マイナンバーカード、運転免許証、保険証等の写し) <input type="checkbox"/> 診療明細書や診断書の写しなどがん治療を受けたことが分かる書類 <input type="checkbox"/> 振込口座の確認ができるもの(通帳、キャッシュカードの写し) <input type="checkbox"/> 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)			

(裏面)

## 照会確認に関する同意について

筑紫野市アピアランスケア用品購入助成事業助成金の交付申請にあたり、筑紫野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、次のとおり照会し、及び確認することについて同意します。

助成対象者		(対象者が未成年の場合は、その法定代理人)	
照会・確認事項 (同意する場合は☑をつけてください。)	<input type="checkbox"/>	①筑紫野市住民基本台帳の記録に関する事項	
	<input type="checkbox"/>	②市区町村民税の課税額に関する事項	
	<input type="checkbox"/>	③医療機関への治療内容に関する事項	
	<input type="checkbox"/>	④用具の購入先への購入内容に関する事項	
【署名欄】 ※上記に同意する場合は氏名の記入をお願いします。	氏 名		前年の収入 (○で囲む)
			有 ・ 無

助成対象者と同一世帯の方				
照会・確認事項	⑤市区町村民税の課税額に関する事項			
【署名欄】 ※上記に同意する場合は☑をつけ、氏名等の記入をお願いします。	⑤	氏 名	生年月日	前年の収入 (○で囲む)
	<input type="checkbox"/>		年 月 日生	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/>		年 月 日生	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/>		年 月 日生	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/>		年 月 日生	有 ・ 無
	<input type="checkbox"/>		年 月 日生	有 ・ 無

※1 次の(1)及び(2)に該当する場合は、次の書類を添付して提出してください。

書類発行に要する費用は自己負担となります。

(1)①に同意されない場合：住民票の写し（世帯全員が記載されたもの）

(2)②及び⑤に同意されない場合：1月1日時点で居住していた市区町村で発行される市区町村民税の所得割額を証明する書類

※2 ③及び④に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。