

様式第 1 号

直方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

直方市長 様

(申請者) (〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

直方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、下記のとおり申請します。また、市において審査後、支給決定した日をもって、支給決定額を請求します。

1 助成対象者	氏 名							
	住 所							
	生年月日	大正・昭和 平成・令和 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				
	エピテーゼ	_____ 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)	□ 診療明細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 □ 用具の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し 【転入等で直方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】 □ 世帯員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

直方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、直方市が助成金交付の資格審査のため、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 ※対象者が未成年のときは、その法定代理人	① 直方市住民基本台帳の記録に関する事項
	② 直方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 直方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 直方市住民基本台帳の記録に関する事項
	⑦ 直方市の市民税の課税状況に関する事項

※ 同意されない場合は、次の書類を添付して提出してください。（上記①～⑦に対応）

- ①・⑥ 住民票の写し（世帯全員分）
- ②・⑦ 当該年度の市民税課税証明書（世帯全員分）
- ⑤ 市税等を滞納していないことを証明する書類

※ いずれも手数料が必要になります。

※ いずれの書類も申請日前3か月以内に交付を受けたものに限りします。

③、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。

【署名欄】※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	【 直方市記入欄 】 税率6%適用額
助成対象者	※	円
対象者と 同一世帯の者	※	円
	※	円
	※	円
	※	円
	※	円
世 帯 市 民 税 所 得 割 年 額 の 合 計 金 額		円
税率6%適用額		円

※ 本人が手書きしない場合は記名、押印ください。