

行橋市アピアランスケア推進事業助成金交付申請書

行橋市長 様

年 月 日

(申請者) (〒 \_\_\_\_\_ )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

助成対象者との続柄 ( \_\_\_\_\_ )

電話番号 \_\_\_\_\_

行橋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。

1. 助成対象者	氏 名			
	住 所	行橋市		
	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	
	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	
	40,000 円又は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		20,000 円又は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 <small>(該当するものに☑をつけてください)</small>	<input type="checkbox"/> 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。			
5. 添付書類 <small>(添付した書類に☑をつけてください)</small>	<input type="checkbox"/> 助成対象者の本人確認ができる書類（運転免許証、資格確認書等）の写し <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 用具購入に係る領収書の写し及び明細書の写し <b>【転入等で行橋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】</b> <input type="checkbox"/> 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			

## 照 会 同 意 書

行橋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、行橋市が助成交付金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
<b>助 成 対 象 者</b> <small>※対象者が未成年のときは、 その法定代理人</small>	① 行橋市住民基本台帳の記録に関する事項
	② 行橋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
<b>対象者と同一世帯の者</b>	⑤ 行橋市住民基本台帳の記録に関する事項
	⑥ 行橋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ください。

- ①及び⑤に同意されない場合：住民票の写し（世帯全員分）
- ②及び⑥に同意されない場合：当該年度の市民税課税証明書（世帯全員分）  
・いずれの書類も申請日前3カ月以内に交付されたものに限りませう。（要手数料）
- 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。

【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	生年月日	【市記入欄】 市民税所得割年額
<b>助 成 対 象 者</b>		年    月    日 生	_____ 円
<b>対象者と同一世帯の者</b>		年    月    日 生	_____ 円
		年    月    日 生	_____ 円
		年    月    日 生	_____ 円
		年    月    日 生	_____ 円
		年    月    日 生	_____ 円
		年    月    日 生	_____ 円

※ 本人による署名（代理による記入の場合は記名押印）が必要です。