

様式1 (第6条関係)

対馬市アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

対馬市長様

(申請者)

住所

氏名 ㊞

(助成対象者との続柄:)

連絡先

対馬市アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて補整具購入経費の助成を申請します。なお、申請に当たり、住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

助成対象者 <input type="checkbox"/> 申請者と 同じ	ふりがな		生年月日	年 月 日	(歳)
	氏名		電話番号		
	住所	〒	対馬市		
過去の実績 など	次のいずれにも該当する場合にのみ、助成金の交付の対象となりますので、確認の上、 <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> がんに係る治療を現に受けている又は過去1年以内に受けていた。 <input type="checkbox"/> 補整具購入日から起算して、過去1年以上引き続き対馬市内に住所を有している。 <input type="checkbox"/> 市税等の滞納がない。 <input type="checkbox"/> 過去に本助成金及び他自治体による事業による助成金等の交付を受けていない。				
購入した 補整具	区分	(1)医療用ウィッグ		(2)乳房補整具	
	補整具の 種類	(A) <input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ		(C) <input type="checkbox"/> 補整下着 (下着とともに使用するパッドを含む。)	
		(B) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子		(D) <input type="checkbox"/> 人工乳房 (乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。)	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用	ア 円 (税込)		(補整下着又は人工乳房の金額)	
				部位 (左・右)	
	助成限度額	イ 20,000 円	オ 補整下着 20,000 円	エ 円 (税込)	
助成対象額	ウ 【ア又はイのうちいずれか低い額】 円	カ 【エ又はオのうちいずれか低い額】 円			
助成申請額			円	(※ウとカの合計を記入してください)	
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> がん治療受診証明書 (様式第2号)				
	<input type="checkbox"/> 領収書 (「申請者名」又は「助成対象者名」、「購入日」、「品目」、「購入金額」、「領収書発行元」等がわかるもの。ウィッグは「ウィッグ」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。写し可) ※補整下着+人工乳房の申請はできません。				
	<input type="checkbox"/> 申請者名義の、助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し				
	<input type="checkbox"/> 委任状 (助成対象者と申請者が違う場合。助成対象者が未成年の場合は不要)				
振込先	金融機関名		銀行・金庫 信用組合・農協	支店名	本店・支店 出張所
	口座番号	当座・普通	口座名義人 (申請者と同一)	カナ 氏名	

以下市記載欄

助成額	円
-----	---

受付印

決 裁	部長	課長	課長補佐	担当

上記のとおり助成してよろしいか伺います。 起案日 (. .) 決裁日 (. .)