

福津市アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼実績報告書(兼請求書)

年 月 日

福津市長 様

福津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、下記のとおり申請するとともに、実績を報告します。
 なお、交付決定後は、本申請書をもって福津市アピアランスケア推進事業助成金を請求するものとします。

1. 申請者 (2. 助成対象者が未成年の場合は、法定代理人)	フリガナ氏名			電話番号	
	住所	〒			
	生年月日	年 月 日 (歳)		2. 助成対象者との続柄	
2. 助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※1. 申請者と2. 助成対象者が同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。(欄には記入不要)				
	フリガナ氏名			電話番号	
	住所	〒			
	生年月日	年 月 日 (歳)			
3. 助成対象経費	区分	助成対象用具	購入金額		購入(支払)日
	医療用ウィッグ等	医療用ウィッグ	円		年 月 日
		装着用ネット	円		年 月 日
		毛付き帽子	円		年 月 日
	補整具等	補整パッド	円		年 月 日
		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	
4. 交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等		
	20,000円、または購入経費の合計の1/2(1,000円未満切り捨て)のいずれか低い額		10,000円、または購入経費の合計の1/2(1,000円未満切り捨て)のいずれか低い額		
		円		円	
5. 確認事項 (<input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 申請に係る助成対象経費について、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等を受けていません。				
	<input type="checkbox"/> 申請書記載内容等により、福津市から別途提出資料や聞き取り調査等を求められる場合があります。 【例】法定代理人が父母や同一世帯員の者ではない場合等(成年後見人等の登記事項証明書の提出)				
6. 添付書類 (<input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 1. 申請者及び2. 助成対象者の本人確認書類(運転免許証やマイナンバーカードの写し等)				
	<input type="checkbox"/> がんの治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる資料(診療明細書の写し等)				
	<input type="checkbox"/> 助成対象用具購入に係る領収書及びその明細書(購入日や購入金額、品目、個数などが分かるもの、写し可)				
	<input type="checkbox"/> 助成金の振込口座通帳の写し(金融機関名や口座番号、口座名義等が確認できるページ)				
7. 照会同意書 (<input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 裏面の照会同意書の内容を確認し、必要事項を記入しました。				
	<input checked="" type="checkbox"/> 場合により、提出資料や押印が必要となることも了承しました。				
8. 振込先	金融機関名			支店名	
	口座種別	普通	当座	口座番号	
	フリガナ				
	口座名義				

照会同意書

福津市アピランスケア推進事業助成金交付申請にあたり、福津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・確認します。(同意又は不同意に☑をつけてください。)

<署名欄>

※助成対象者と住民票上の同一世帯の方について、全員、本人が自署してください。

本人が自署しない(できない)場合は、記名・押印ください。

区 分	同 意	不 同 意	照 会 ・ 確 認 事 項
助成対象者 (助成対象者が未成年の場合は、法定代理人)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	① 福津市の住民基本台帳の記録に関する事項
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② 福津市の市民税の課税状況に関する事項
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ 医療機関への治療内容に関する事項
	<input type="checkbox"/>	<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	氏 名		市民税所得割年額 【福津市記入欄A】
	※	印	円

区 分	同 意	不 同 意	照 会 ・ 確 認 事 項
助成対象者と 同一世帯の者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤ 福津市の住民基本台帳の記録に関する事項
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥ 福津市の市民税の課税状況に関する事項
署 名 欄	フリガナ 氏 名		市民税所得割年額 【福津市記入欄B】
	※	印	円
	※	印	円
	※	印	円
	※	印	円
	※	印	円

世帯市民税所得割年額の合計 【福津市記入欄A+B】
円

①、②、⑤、⑥に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。(上表①から⑥に対応)

- ・①及び⑤については、住民票の写し(世帯全員分)
- ・②及び⑥については、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か月以内に交付されたものに限りです。

申請時期や転入時期等により、当該年度以外の市民税課税状況を確認する場合や別途書類の提出を求める場合があります。

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。