

備前市アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

備前市長 様

備前市アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり補整具購入費の助成を申請します。なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。(この申請書は交付決定及び確定日をもって請求日とし、アピアランスケア助成金請求書として取り扱います。)

|                                                      |                                                              |                                                             |                                                                                                            |           |                                                                   |       |             |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------|-------|-------------|
| 申請者                                                  | ふりがな                                                         |                                                             |                                                                                                            | 助成対象者との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親権者          |       |             |
|                                                      | 氏名                                                           |                                                             |                                                                                                            |           | <input type="checkbox"/> 未成年後見人<br><input type="checkbox"/> 成年後見人 |       |             |
|                                                      | 住所                                                           | 〒                                                           |                                                                                                            | 電話番号      | ※日中に連絡可能な電話番号                                                     |       |             |
| 助成対象者                                                | 助成対象者と申請者が同じ場合 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 | ふりがな                                                        | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                            |           | 生年月日                                                              | 年 月 日 |             |
|                                                      |                                                              | 氏名                                                          |                                                                                                            |           |                                                                   |       |             |
|                                                      |                                                              | 住所                                                          | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>備前市                                                                     |           |                                                                   |       |             |
| がんの治療機関等                                             |                                                              | 医療機関名                                                       |                                                                                                            |           | 主治医名                                                              |       |             |
|                                                      |                                                              |                                                             |                                                                                                            |           |                                                                   |       |             |
| 助成対象経費                                               | ウィッグ<br>(装着用ネット含む)                                           | 購入金額                                                        |                                                                                                            |           | 購入日                                                               |       |             |
|                                                      |                                                              | 円(税込)                                                       |                                                                                                            |           | 年 月 日                                                             |       |             |
|                                                      | 乳房補整具                                                        | 円(税込)                                                       |                                                                                                            |           | 年 月 日                                                             |       |             |
| 助成申請額                                                |                                                              | ※ウィッグ・乳房補整具ごとに助成対象経費の1/2の額(1,000円未満切り捨て)又は3万円のいずれか低い金額<br>円 |                                                                                                            |           |                                                                   |       |             |
| 添付書類<br>※ <input checked="" type="checkbox"/> をつけること |                                                              | <input type="checkbox"/>                                    | ①がん治療に関する書類(コピー可)<br>※がん患者氏名、医療機関、がん治療により脱毛を伴う副作用の記載がされているもの。<br>＜例＞化学療法に関する説明書や治療方針計画書など(複数添付による確認可)      |           |                                                                   |       |             |
|                                                      |                                                              | <input type="checkbox"/>                                    | ②利用用補整具の購入に係る書類(コピー可)<br>※購入者名簿(申請者又は助成対象者)、購入年月日、購入品名、購入金額とその内訳、台数及び領収書発行元の名称の記載があるもの＜例＞領収書など(複数添付による確認可) |           |                                                                   |       |             |
|                                                      |                                                              | <input type="checkbox"/>                                    | ③振込口座が確認できる書類の写し<br>※金融機関名、支店名、口座種別、口座名義人(カタカナ)、口座番号の確認できる箇所をコピーしてください。                                    |           |                                                                   |       |             |
| 振込先                                                  | 金融機関名                                                        | 支店名                                                         | 種別                                                                                                         | 口座番号      |                                                                   |       | 口座名義人(カタカナ) |
|                                                      | 銀行<br>信用金庫<br>農協                                             | 本店<br>支店<br>支所                                              | 普通<br>当座                                                                                                   |           |                                                                   |       |             |

注1 口座名義人欄へは申請者氏名を記入してください。助成金は申請者の口座へ振り込みます。

注2 助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に親権者等法定代理人の氏名を記入してください。

※備前市確認欄

本人確認ができる書類の確認 ☐マイナンバーカード ☐運転免許証 ☐健康保険被保険者証 ☐その他( )

振込金融機関の口座の確認 ☐通帳 ☐キャッシュカード ☐その他( )

市税滞納状況の確認 ☐無 ☐有

| 保健課長 | 健康係長 | 担当 | 本人確認 | 振込口座確認 | 市税滞納確認 |       |    |
|------|------|----|------|--------|--------|-------|----|
|      |      |    |      |        | 税務課長   | 収納能係長 | 担当 |
|      |      |    |      |        |        |       |    |

## 備前市アピアランスケア助成金交付申請に係る同意・宣誓項目

備前市アピアランスケア助成金を申請する場合は、以下の 1 から 6 全ての項目を確認し、同意・宣誓いただけたら、□にチェック(✓)をし、署名してください。

1. 助成決定に必要な範囲において、申請者及び助成対象者並びに同一世帯員が住民基本台帳等を閲覧すること並びに公的機関(自治体等)に照会することに同意をしています。
2. 医療機関に治療内容を照会すること及び医療用補整具の購入先に購入内容を照会します。
3. 申請者(及び申請者と助成対象者が異なる場合には助成対象者)及び同一世帯員に市税の滞納はありません。
4. 当該医療補整具について、これまで備前市及び他の地方公共団体が実施する同様の制度による助成や補助の給付は受けていません。
5. 申請内容及び添付書類に虚偽はありません。
6. 虚偽の申請を行った場合や、宣誓事項に違反した場合には備前市長が備前市アピアランス助成金交付要綱第 7 条に基づいて助成金額を決定する前であれば、助成金の申請を取り下げ、すでに助成金の交付を受けていた場合には、速やかに備前市に助成金を返還します。また、これに伴い申請者に不利益が生じたとしても異議は一切申し立てしません。

☐ 上記 1 から 6 の項目について確認し、同意・誓約の上、申請します。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

\_\_\_\_署名\_\_\_\_