

宗像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）

令和 年 月 日

宗像市長

宗像市アピアランスケア推進事業助成金について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (請求者)	フリガナ		電話番号	
	氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成
	住所	〒		(助成対象者との続柄：該当に○) 本人・配偶者・親・子・兄弟・姉妹 祖父母・叔父母・甥姪・いとこ

※申請できるのは助成対象者、又はその家族（4親等内）に限ります。

助成対象者	※申請者が助成対象者の場合は、助成対象者の記入は不要。			
	フリガナ		電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒811- 宗像市		

確認事項	☐ 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、または国もしくは地方公共団体の助成を受けていない。						
助成対象経費	区分	用具 (購入した用具に☑)	購入日	購入金額	購入金額合計	合計×1/2 (千円未満切捨)	交付申請額
	医療用ウィッグ等	☐ 医療用ウィッグ ☐ 装着用ネット ☐ 毛付き帽子	年 月 日	円	円	(ア)	助成限度額 20,000円と(ア) のうちいずれか 低い額
			年 月 日	円			
			年 月 日	円			
			年 月 日	円			
	補整具等	☐ 補整パット ☐ 補整下着 ☐ 専用入浴着 ☐ 弾性着衣 ☐ エピテーゼ	年 月 日	円	円	(イ)	助成限度額 10,000円と(イ) のうちいずれか 低い額
			年 月 日	円			
			年 月 日	円			
			年 月 日	円			
	治療状況	病名				治療内容	手術・抗がん剤・放射線 その他 ()
病院名							
添付書類	☐ 照会同意書（当申請書の裏面） ☐ がん治療を受けた（受けている）ことが確認できる書類の写し ☐ 領収書及びその明細書（購入日、品目、金額、個数が分かるもの）の写し ☐ 申請者および助成対象者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）の写し ☐ 振込先口座情報（金融機関・口座番号・名義等）の確認ができる通帳の写し						

交付決定後、私が受領する助成金については、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先 (申請者)	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協				本店・支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座				口座 フリガナ	
	口座番号					名義人 氏名	

※ 申請者が名義人となる口座を指定してください。
異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、別途委任状の記入が必要です。
※ 申請書に記載いただいた個人情報、当事業の申請審査、交付決定及び助成金交付のために使用します。

照 会 同 意 書

宗像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、宗像市が助成金交付の資格審査のため、下記の事項について必要な範囲で照会・確認をすることについて同意します。

	照会・確認事項
助成対象者	① 宗像市住民基本台帳の記録に関する事項
	② 宗像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 助成対象用具の購入先への購入内容に関する事項
対象者と 同一世帯の者	⑤ 宗像市住民基本台帳の記録に関する事項
	⑥ 宗像市の市民税の課税状況に関する事項

※②⑥の宗像市の課税状況について、当市で当該年度の課税状況が確認できない場合は、転入前市町村での市民税課税証明書（世帯全員分）の提出や市民税の申告をお願いすることがあります。

【 同 意 署 名 欄 】

※太枠内に、助成対象者と住民票上で対象者と同一世帯となる人全員（対象者が 18 歳未満の場合は法定代理人）が署名してください。本人が署名できない場合は、記名および押印をしてください。

	氏 名 (原則、本人の署名が必要)	【市記入欄】 所得割年額の世帯合計が 23 万 5 千円未満対象
助成対象者	※	円
対象者と 同一世帯の者	※	円
	※	円
	※	円
	※	円
	※	円
市民税所得割年額の世帯合計金額		円