

記入例

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	ムナカタ ハナコ		電話番号	090-1234-5678	
	氏名	宗像 花子		生年月日	昭和 平成 令和	●年 ●月 ●日
	住所	〒811-●●●● 宗像市東郷1丁目1番1号 市役所101号		(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	
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
助成対象経費	医療用 ウィッグ 等	R ● 年 ● 月 ● 日	43,500円	47,200 円	(ア)	助成限度額 20,000円と(ア) のうちいずれか 低い額
		R ● 年 ● 月 ● 日	3,700円			
		年 月 日	円			
		年 月 日	円			
補整具等	□ 换算バット □ 换算下着 □ 専用入浴着 □ 弹性着衣 □ エピテーゼ	年 月 日	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			
		年 月 日	円			
治療状況	病名	子宮頸がん		治療内容	手術・抗がん剤・放射線	
	病院名	福岡●●総合病院			その他()	
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 照会同意書（当申請書の裏面） <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 名義人	フリガナ	ムナカタ ハナコ		
	口座番号	●	●		●	●	●	●

※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は、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	宗像 花子	※ 円
対象者と 同一世帯の者	宗像 太郎	※ 円
	宗像 はる	※ 円
		※ 円
		※ 円
市民税所得割年額の世帯合計金額		円