

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

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

※訂正箇所があった場合は書き直す、または申請者氏名横と訂正箇所に押印し訂正印としてください（金額は訂正不可）

※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。

申請者 (請求者)	フリガナ		電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒		

※申請できるのは助成対象者、又はその家族（4親等以内）に限ります。

助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者が助成対象者の場合は、この欄の記入は不要。			
	フリガナ		電話番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒811- 宗像市		(申請者との続柄：該当に○) 配偶者・親・子・兄弟・祖父母 叔父母・甥姪・いとこ・()

助成対象経費	区分	用具	購入日	購入金額	購入金額合計×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	年 月 日	円	(ア)	助成限度額20,000円と (ア)のうちいずれか低い額 円
		装着用ネット	年 月 日	円			
		毛付き帽子	年 月 日	円			
補整具等			補整パット	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 円
			補整下着	年 月 日	円		
		専用入浴着	年 月 日	円			
		弾性着衣	年 月 日	円			
		エピテーゼ	年 月 日	円	円	円	

確認事項	<input type="checkbox"/> 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、福岡県アピアランスケア推進事業による県内自治体からの助成、その他国・地方公共団体の助成を受けていない。
------	---

添付書類	<input type="checkbox"/> 照会同意書（当申請書の裏面） <input 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 type="checkbox"/> 助成対象用具購入の領収書及び明細書の原本（※後日返却） <input type="checkbox"/> 申請者および助成対象者の本人確認書類の写し <input 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	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。

もしも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。

照 会 同 意 書

宗像市アピ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（各自自署）	【市記入欄】 所得割年額（税率6%適用）
助成対象者	※	円
対象者と 同一世帯の 者	※	円
	※	円
	※	円
	※	円
	※	円
	※	円
市民税所得割年額の世帯合計金額		円