

合志市がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付申請及び実績報告書

年 月 日

（あて先）合志市長

（申請者）

住 所 _____

氏 名 _____

補助対象者との続柄（ _____ ）

電話番号 _____

合志市がん患者アピアランスケア推進事業補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請し、併せて実績を報告いたします。

補助対象者	フリガナ			
	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年	月	日（ 歳）
補助対象経費	対象区分	ウィッグ等	乳房補整具等	
	購入日	年	月	日
	購入費(税込)	円	円	
購入費の 1/2 の額	①	円	②	円
交付申請額 (千円未満切り捨て)	①又は2万円のいずれか少ない額	②又は2万円のいずれか少ない額		
	③	円	④	円
交付申請合計額	③+④			円
過去の受給状況	<p>■過去の合志市がん患者アピアランスケア推進事業補助金の受給の有無（有・無）</p> <p>→有る場合：補助を受けた年月（ 年 月）</p> <p>補助を受けた対象区分（ウィッグ等・乳房補整具等）</p> <p>※過去に補助を受けた区分は申請できません。</p>			
確認事項	<p>■申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付及び国又は他地方公共団体の助成を受けていない。</p> <p>（ はい ・ いいえ ）</p>			

添付書類 (1) がん治療を受けている（受けていた）ことが確認できる書類の写し

(2) 用具の購入に係る領収書等及びその明細書の写し

(3) 補助対象者の住民票等の写し

(4) 申請者の納税証明書

※(3)、(4)は裏面の記載事項に同意いただき、その内容が確認できる場合は省略できます。

照会確認に関する同意について

合志市がん患者アピアランスケア推進事業補助金の交付申請にあたり、合志市が補助金の交付の資格審査のために必要な範囲において、次のとおり照会及び確認することについて同意します。

助成対象者	(対象者が 18 歳未満の場合は、その法定代理人)	
照会・確認事項 (同意する場合は☑をつけてください。)	<input type="checkbox"/>	①合志市住民基本台帳の記録に関する事項
	<input type="checkbox"/>	②市税の滞納状況に関する事項
	<input type="checkbox"/>	③医療機関への治療内容に関する事項
	<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 】 ※上記に同意する場合は 氏名の記入をお願いします。	氏 名	

- ※1 次の(1)及び(2)に該当する場合は、次の書類を添付して提出してください。
書類発行に要する費用は自己負担となります。
- (1)①に同意されない場合：住民票の写し（世帯全員が記載されたもの）
(2)②に同意されない場合：納税証明書
- ※2 ③及び④に同意されない場合は、補助金が支払われない場合があります。