

【老岐市アピランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書】

記入例

※消えるボールペンや鉛筆で記入しないでください。

様式第1号（第5条関係）

老岐市アピランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

申請年月日を記入してください。

年 月 日

老岐市長 様

老岐市アピランスケア支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。
 なお、申請にあたり、住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な庁内関係機関への照会をすることについて同意します。

申請者	フリガナ		助成対象者との続柄	
	氏名		※対象者が未成年の場合、申請者は法定代理人	
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住所	(〒 -)		
助成対象者	申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要です。			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	(〒 -)		
		老岐市		

申請者と助成対象者が異なる場合に太枠内に記入してください。

内容をご確認いただき、チェック☑してください。

すべて該当する場合は対象です。確認の上、□にチェックをお願いします。

- 申請日において老岐市に住所を有している。
- がんに係る治療を現に受けている又は過去に受けていた。
- 市税等の滞納がない。
- 他の制度において、同種の用品の購入費用の補助又は給付を受けることができない。
- 過去に本助成金又は他地方公共団体等から他の制度による同趣旨の補助金等を受けていない。

助成対象の種類	購入日	購入金額ア	助成対象額イ (ア×1/2)	助成申請額イ又は助成上限額のいずれか少ない額
<input type="checkbox"/> ウィッグ等	年 月 日	円	円 (千円未満切捨て)	(1) 円
<input type="checkbox"/> 乳房補整具等	年 月 日	円	円 (千円未満切捨て)	(2) 円
助成申請額 ※ (1)、(2)の合計を記入してください			合計	円

算定について裏面をご参照ください。

添付書類

- がん治療受診証明書（様式第2号）又は同等の証明書
- 領収書（「申請者名」又は「助成対象者名」、「購入日」、「品目」、「購入金額」、「領収書発行元」等がわかるもの。写し可）
- 申請者名義の助成金振込先の金融機関、カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し
- 委任状（助成対象者と申請者が違う場合。助成対象者が未成年の場合は不要）

振込先口座

申請者本人の口座です。

金融機関名等	名	種類	口座番号
		普通・当座	
フリガナ	口座名義人		

助成対象の種類の記事について

●区分

該当する区分にチェック☑

区分	助成対象費用(以下の用品の購入に係る費用)
ウィッグ等	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子
乳房補整具等	補整下着、補整パッド、専用入浴着、弾性着衣(弾性ストッキング、弾性スリーブ、弾性グローブ)、エピテーゼ(人工乳房等)

※区分毎の費用を合計した費用でも可。

●購入日

購入した年月日

※複数の用品をまとめて申請する場合は、最初の用品の購入日

●購入金額

消費税及び地方消費税込みの額

※メンテナンスにかかる費用、修繕費用、購入に要した交通費、送料、分割手数料は不可

※レンタルは不可

●助成対象額

購入金額に1/2を乗じた額(1,000円未満の端数は切り捨て)

●助成申請額

助成対象額または助成限度額(2万円)のいずれか少ない額の区分ごとの合計

(算定)

区分	購入金額	助成対象額	助成上限額	助成申請額
ウィッグ等	ア 円 (税込)	イ (ア×1/2) 円 (千円未満切捨て)	ウ 20,000円	エ (イまたはウの いずれか少ない額) (1) 円
乳房補整具等	オ 円 (税込)	カ (オ×1/2) 円 (千円未満切捨て)	キ 20,000円	ク (カまたはキの いずれか少ない額) (2) 円