

様式第1号（第5条関係）

築上町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）

年 月 日

築上町長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	大・昭平・令	年	月	日	(歳)
	氏名		電話番号					
	住所	〒 築上町大字						助成対象者との続柄
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、この欄は記入不要です。							
	フリガナ		生年月日	大・昭平・令	年	月	日	(歳)
	氏名		電話番号					
	住所	〒 築上町大字						
事項確認	<input type="checkbox"/> 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、および国または他地方公共団体の助成を受けていない。							
助成対象経費	区分	医療用ウィッグ等			補整具等			
	用具の種類	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ <input type="checkbox"/> 装着用ネット <input type="checkbox"/> 毛付き帽子			<input type="checkbox"/> 補整パッド <input type="checkbox"/> 補整下着 <input type="checkbox"/> 専用入浴着 <input type="checkbox"/> 弾性着衣 <input type="checkbox"/> エピテーゼ			
	購入日	年 月 日			年 月 日			
	購入金額	円 (税込)			円 (税込)			
	購入金額×1/2 (千円未満切捨) ①	円			円			
	助成限度額 ②	20,000 円			10,000 円			
	助成対象額 (①と②の低い方) ③	円			円			
助成申請額 (③の合計)		円						
添付書類		<input type="checkbox"/> 治療方針計画書や手術・化学療法の同意書の写しなど、がん治療を受療したことがわかるもの <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書（宛名、購入日、品目、金額、個数がわかるもの） <input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し（運転免許証等） <input type="checkbox"/> 通帳の写し（金融機関・支店名、預金種目、口座名義人カナ、口座番号）						
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協					支店名	本店・支店出張所
	口座番号						口座名義人 ※カナ氏名 (申請者)	
	普通・当座 (どちらかに○)							

(築上町記入欄)

審査	住所	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	決定	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付	係	係長		課長
	所得	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否						
	助成歴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否						

※裏面の照会同意書もご記入ください。

照 会 同 意 書

築上町アピアランスケア推進事業助成金の交付申請にあたり、築上町が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、下記のとおり照会・確認することについて同意します。

<署名欄>

※助成対象者と住民票上の同一世帯の方について、太枠の中に全員分ご記入ください。

区分	同意	不同意	照会・確認事項
助成対象者 <small>(未成年の場合は 法定代理人)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	① 築上町の住民基本台帳の記録に関する事項
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② 築上町の町民税の課税状況に関する事項
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ 医療機関への治療内容に関する事項
	<input type="checkbox"/>	<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	助成対象者の氏名		(築上町記入欄) 町民税所得割年額
			円

区分	同意	不同意	照会・確認事項
助成対象者と 同一世帯の方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤ 築上町の住民基本台帳の記録に関する事項
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥ 築上町の町民税の課税状況に関する事項
署名欄	同一世帯の方の氏名		(築上町記入欄) 町民税所得割年額
			円
			円
			円
			円
			円

世帯町民税所得割年額の合計
円

※同意しない場合は、次の書類を添付してください。

①及び⑤に同意しない : 住民票の写し (世帯全員分)

②及び⑥に同意しない : 当該年度の課税証明書 (世帯全員分)

※いずれの書類も申請日前3か月以内に交付されたものに限りです。

※③及び④に同意しない場合は助成金が支払われないことがあります。

※転入等により築上町で町民税所得割額が確認できない場合などは、別途書類の提出を求めることがあります。