

糸島市アピアランスケア推進事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

糸島市長 様

糸島市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、下記のとおり、申請します。

| | | | | | | |
|----------------------------|--|--|---------|---|---|--------------|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | 電話番号 | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | 補助対象者との続柄 |
| 補助対象者 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <small>※申請者が補助対象者の場合は、この欄は記入不要です。</small> | | | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 (歳) |
| | 氏名 | | 電話番号 | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| 補助対象経費 | 区分 | (1)医療用ウィッグ等 | | | (2)補整具等 | |
| | 用具の種類 (該当に☑) | <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"/> エビテーゼ | |
| | 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) | ア | 円 | | エ | 円 |
| | 補助限度額 | イ | 20,000円 | | オ | 10,000円 |
| | 補助対象額 | ア又はイのいずれか低い額 ウ 円 | | | エ又はオのいずれか低い額 カ 円 | |
| 補助申請額 | 円(※ウとカの合計) | | | | | |
| 確認事項 | <p>私は、下記の事項を確認の上同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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や国、他地方公共団体の補助を受けていません。 糸島市暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団員ではありません。市が必要な場合は、警察に照会することに同意します。 市が補助金交付の資格審査のため、必要な範囲において治療内容、用具の購入内容などを関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。 市が福岡県アピアランスケア推進事業費補助金交付要綱により、県から補助金を受けるため、必要な情報(住民基本台帳、市民税の課税状況など)の提供、確認および調査に同意します。また同一世帯員がいる場合、照会同意書を提出します。 <p>年 月 日 署名または記名押印 _____</p> | | | | | |
| 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください) | <input type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療を受けたこと又は現に受けていることが分かる書類の写し <input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し(運転免許証、マイナンバーカードなど ※申請者及び補助対象者) <input type="checkbox"/> 補助対象経費領収書及びその明細書(原本) <input type="checkbox"/> 補助金の振込口座の通帳の写し(口座番号等が確認できるページ) <input type="checkbox"/> 照会同意書 | | | | | |
| 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 | | | | | カナ |
| | 普通・当座 (どちらかに○) | | | | | 氏名 |