

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	イトシマ ハナコ		生年月日	昭和 44 年 12 月 1 日			
	氏名	糸島 花子		電話番号	●●●-×××-△△△△			
	住所	〒819-1111 糸島市前原西1丁目1-1			助成対象者との続柄	本人		
補助対象者	☒ 申請者と同じ ※申請者が補助対象者の場合は、この欄は記入不要です。							
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)				
	氏名	補助対象者が未成年の場合は、この欄を記入してください						
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☑)	☑医療用ウィッグ □装着用ネット □毛付き帽子				☑補整パッド ☑補整下着 □専用入浴着 □弾性着衣 □エビテーゼ		
	購入日	令和7年 4 月 1 日				令和7年 4 月 1 日		
	購入金額	30,000円(税込)				20,000円(税込)		
	購入金額×1/2 (千円未満切捨)	ア 15,000円				エ 10,000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 15,000円				エ 又は オ のいずれか低い額 カ 10,000円		
補助申請額		25,000円(※ウとカの合計)						
確認事項		私は、下記の事項を確認の上同意します。 - 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。 令和●年 ●月 ●日 糸島 花子 本人が自署できない場合は、記名、押印をしてください。						
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)		☒ 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 ☒ 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) ☒ 補助対象経費領収書及びその明細書(原本) ☒ 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) ☒ 照会同意書						
振込先	金融機関名	糸島 銀行・金庫 信用組合・農協				支店名	糸島 本店・支店 出張所	
	口座番号					口座名義人 (補助対象者)	カナ イトシマ ハナコ	
	普通・当座 (どちらかに○)	1	1	1	1	1	氏名 糸島 花子	