様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

太宰府市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　氏　名

　　電話番号

　（助成対象者が未成年の場合は親権者の氏名をご記入ください）

　　　太宰府市アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

太宰府市アピアランスケア用品購入費助成金交付規則第５条の規定により、次のとおり申請及び請求します。なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細書の閲覧並びに助成金の交付に関する必要な関係機関へ照会をすることについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | | ふりがな | |  | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 氏名 | |  | | 電話番号 | |  | | |
| 住所 | | 〒  太宰府市 | | | | | | 申請者との続柄  （　　　　　　　　） |
| 確認事項 | | □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又は  　国若しくは地方公共団体の助成を受けていません。 | | | | | | | | |
| 購入した用具（対象経費） | | | | | | | | | | |
| 用具 | | | 購入日 | | 購入金額 | | 購入金額×1/2  （千円未満切捨） | | 交付申請額 | |
| 医療用  ウィッグ等 | 医療用ウィッグ | | 年　　月　　日 | | 円 | | (ア)　　　　　円 | | 助成限額度40,000円と(ア)の合計のうち  いずれか低い額  （ウ）　　　　　 円 | |
| 装着用ネット | | 年　　月　　日 | | 円 | | (ア)　 　　 　円 | |
| 毛付き帽子 | | 年　　月　　日 | | 円 | | (ア)　　 　　 円 | |
| 補整具等 | 補整パッド | | 年　　月　　日 | | 円 | | (イ)　　　 　 円 | | 助成限度額20,000円と（イ）の合計のうち  いずれか低い額  （エ）　　　　　　円 | |
| 補整下着 | | 年　　月　　日 | | 円 | | (イ)　　　 　 円 | |
| 専用入浴着 | | 年　　月　　日 | | 円 | | (イ)　　　　 円 | |
| 弾性着衣 | | 年　　月　　日 | | 円 | | (イ)　　　　 円 | |
| エピテーゼ | | 年　　月　　日 | | 円 | | (イ)　　　　 円 | |
| 申請額合計（ウ）＋（エ） | | | | | | | | | ￥　　　　　　　円 | |
| 添付  文書 | □　がん治療に関する説明書、診断書又は治療方針計画書等の写し  □　領収書及び明細書（対象者の氏名、購入日、品名、金額、個数入り。「医療用ウィッグ」「補整パッド」等対象用具名の記載のあるもの）の写し  □　申請者及び対象者の本人確認のできる書類（運転免許証、健康保険証等）の写し  ※課税状況を市で確認できない場合は、世帯全員の所得及び課税額を証明できる書類が必要です。 | | | | | | | | | |

裏面につづく

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫  　　　　　　　　信用組合・農協 | | | | | | | | | 本店・支店  出張所 | |
| 口座番号 | 普通  当座 |  |  |  |  |  |  |  | 口座  名義人 | カナ |  |
| 氏名 |  |

※振込先の口座名義が申請者と異なる場合は、下記に記入してください。

委任状

年　　　月　　　日

　　私は、上記にかかる助成金の受領を下記の者に委任します。

（住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名）