|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 別記様式第１号(第５条関係） |  |  |  |
| えびの市アピアランスケア支援助成金交付申請書兼請求書 |
|  |  |  | 　年　　　月　　　日 |
| えびの市長　宛て |  |  |
| 　補整具に係る購入費助成金の交付について，関係書類を添えて，次のとおり申請及び請求します。助成金の交付が決定されたときは，下記口座へ振込いただきますようお願いします。　また，審査のため，市が以下の確認及び調査を行うことに同意します。　　・申請者及び助成対象者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること　　・助成対象者の属する世帯全員の市税等に関する納税状況を確認すること　　・医療機関に治療内容を照会すること、補整具購入先に購入内容を照会すること |
| 申請者 | ふりがな |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日　　　　　　　 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　 | 助成対象者との関係 | □　本人□　同一世帯□　その他　⇒委任状( 　 　 ) 添付 |
| 電話番号 |  |
| 　　　　　 | 申請者が助成対象者本人でない場合，以下の欄に助成対象者について記入してください。 |
| 助成対象者 | ふりがな |  | 生年月日 | 　年　　月　　日　　　 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号 |  |
|  |  |
| 過去の助成等の有無 | □ 無　・　□ 有　⇒　（　助成された補整具　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |
| 交付を申請する補整具該当項目に☑ | □ ウィッグ等 | □ 補整具等 |
| 購入年月日 | 年 　　 月　　 日 | 年　　 月　　　日 |
| 購入金額（税込み） | (ア) | 円 | 円 |
| 助成限度額 | (イ) | ２０，０００円 | １０，０００円 |
| (ア)と(イ)を比べて低い金額 | (Ａ) | 円 | 円 |
| 交付申請額（(Ａ)の合計） | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先※ | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　　　銀行・信用金庫　　　　　　　　　　　 本店　営業部農協・信用組合　　　　　　　　　　　　 支店　出張所  |
| 預金種別 | 1 普通　 　2 当座　 　3 （　　　） | 口座番号 |
| フリガナ口座名義人 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 添付した書類に☑をつけてください | □ | がんの治療に関する説明書，診断書，治療方針計画書などのいずれかの書類の写し※補助対象者の氏名，医療機関名，がんの診断名、がんの治療内容が記載されているもの |
| □ | ウィッグ等又は補整具等の購入に係る領収書等の原本※補助対象者の氏名，購入年月日，品名及び購入金額の記載があるもの |
| □ | 振込みを希望する金融機関の通帳の写し※金融機関名，支店等名，預金種別，口座名義（カタカナ），口座番号の記載ページ |
| □ | 現住所及び生年月日が確認できる書類の写し　※マイナンバーカード,運転免許証等 |
| □ | 委任状（様式第２号）（助成対象者がやむを得ない事情で申請できず、申請を委任する場合のみ）※助成対象者が未成年で、保護者が申請する場合は不要 |

　※ 原則本人。未成年の場合は家族可。