

様式第1号（第5条関係）

志免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

志免町長 殿

【申請者】

住 所

氏 名

電話番号

助成対象者との続柄

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。なお、次のことについて同意します。

- 志免町が医療機関等関係機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 志免町が助成対象者の同一世帯の住民基本台帳及び課税台帳を照会すること

|                            |   |                                  |                         |  |      |
|----------------------------|---|----------------------------------|-------------------------|--|------|
| 助成対象者                      | ふりがな  |                                  | 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  |      |
|                            | 用具種類<br>(該当に☑)  | <input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ |                         | <input type="checkbox"/> 補整パッド <input type="checkbox"/> 弾性着衣 |      |
|                            |   | <input type="checkbox"/> 装着用ネット  |                         | <input type="checkbox"/> 補整下着 <input type="checkbox"/> エピテーゼ |      |
|                            |   | <input type="checkbox"/> 毛付き帽子   |                         | <input type="checkbox"/> 専用入浴着                               |      |
|                            | 購入日   | 年 月 日                            |                         | 年 月 日  |      |
|                            | 購入費用×1/2<br>(千円未満切捨)  | ア 円 (税込)                         |                         | エ 円 (税込)   |      |
|                            | 補助限度額   | イ 20,000 円                       |                         | オ 10,000 円   |      |
| 補助対象額                      | 【ア又はイのうちいずれか低い額】<br>ウ 円   |                                  | 【エ又はオのうちいずれか低い額】<br>カ 円 |  |      |
| 補助申請額                      |   | 円 (※ウとカの合計を記入してください)             |                         |  |      |
| 確認事項                       | <input type="checkbox"/> 申請に係る対象経費は、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は地方公共団体の助成を受けていない  |                                  |                         |  |      |
|                            | 受けた場合、補助を受けた区分 <input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ等 <input type="checkbox"/> 補整用具等 補助申請自治体名 ( )  |                                  |                         |  |      |
| 添付書類<br>(添付した書類に☑をつけてください) | <input type="checkbox"/> がん治療に関する診療明細書、治療方針計画書等（がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類（医療機関名入り）に限る。写し可）<br><input type="checkbox"/> 領収書及び明細書（対象者氏名、購入日、合計金額、品目、金額、台数（個数）入り。「医療用ウィッグ」、「補整パッド」等助成対象品目名の記載のあるもの。原本）【 <input type="checkbox"/> 領収書返却希望】<br><input type="checkbox"/> 世帯全員の所得及び課税額を証明する自治体が発行する書類（証明年度の1月1日時点で志免町外に住所を有していた方は必要）<br><input type="checkbox"/> 補助金の振込を希望する金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し |                                  |                         |  |      |
| 振込先                        | 金融機関名   | 銀行・金庫<br>信用組合・農協                 |                         | 支店名  |      |
|                            | 口座番号  | 口座名義人                            |                         | カナ   |      |
|                            | 普通・当座   |                                  |                         | 氏名   |      |

|     |       |   |      |   |
|-----|-------|---|------|---|
| 町記載 | 申請受付日 | 年 月 日   | 助成金額 | 円 |
|     | 決定年月日 | ( <input type="checkbox"/> 承認・ <input type="checkbox"/> 不承認)<br>年 月 日 |      |   |