

古賀市アピアランスケア推進事業補助金交付申請書兼実績報告書 (兼請求書)

令和 〇年 4月 2日

古賀市長

古賀市アピアランスケア推進事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請し、補助事業の実績を報告します。なお、交付決定後は、本申請書をもって古賀市アピアランスケア推進事業補助金を請求するものとします。

1 申請者	氏名	古賀 花子	TEL	092-942-△△△△
	住所	古賀市駅東一丁目1番1号		
	生年月日	平成〇〇年 〇月〇〇日 (〇〇歳)	補助対象者との続柄	本人
2 補助対象者 (※申請者が補助対象者の場合は、この欄は記入不要です。)	氏名		TEL	
	住所			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
3 補助対象経費	用具	購入金額	購入日	補助対象事業
	医療用ウィッグ	38,000円	4年 4月 1日	医療用ウィッグ等購入
	装着用ネット	円	年 月 日	
	毛付き帽子	円	年 月 日	
	補整パッド	円	年 月 日	補整具等購入
	補整下着	円	年 月 日	
	専用入浴着	円	年 月 日	
	弾性着衣	円	年 月 日	
エビテーゼ	円	年 月 日		
4 交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等	
	20,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て) のいずれか低い額 19,000円		10,000円と購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て) のいずれか低い額 円	
5 確認事項 (該当するものに☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 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及び国又は他地方公共団体の補助を受けている。 <input type="checkbox"/> はい、 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ※はいの場合、助成事業名を記入して下さい。 事業名：			
6 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 本人確認書類の写し (運転免許証、健康保険証 ※申請者及び補助対象者) <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 補助対象経費領収書の写し及びその明細書の写し <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 照会同意書			
7 振込先	金融機関名	〇〇〇〇	銀行・信金 信組・農協・その他	△△ 本店・支店
	口座種別 <small>※該当するものに○印</small>	1.普通 2.当座	口座番号	1.普通 2.当座
	(フリガナ)	カガ ハコ		
	口座名義 <small>※補助対象者 と同一</small>	古賀 花子		

照会同意書

古賀市アピランスケア推進事業補助金交付申請にあたり、古賀市が補助金交付の資格審査のため、必要な範囲において、下記のとおり住民登録や他制度の利用状況について、関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。

	照会・確認事項
補助対象者 ※対象者が未成年のときは、その法定代理人	1 古賀市の住民基本台帳の記録に関する事項
	2 古賀市の市民税の課税状況に関する事項
	3 医療機関への治療内容に関する事項
	4 用具の購入先への購入内容に関する事項
	5 他自治体における補助制度利用状況
対象者と 同一世帯の者	6 古賀市住民基本台帳の記録に関する事項
	7 古賀市の市民税の課税状況に関する事項

署名欄 ※同一世帯(住民票上の世帯)の方について、太枠の中に全員ご記入下さい。

	氏名	【※古賀市記入欄ですので記入しないで下さい】 市民税所得割年額
補助対象者	※ 古賀 花子	円
対象者と 同一世帯の者	※ 古賀 太郎	円
	※	円
	※	円
	※	円
	※	円
世帯市民税所得割年額の合計金額		円

※対象者全員、本人が自著して下さい。本人が手書きしない場合は、記名・押印下さい。