様式第１号（第６条関係）

西海市アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

　年　　　月　　　日

西　海　市　長　　様

（申請者）

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（助成対象者との続柄：　　　　）

連絡先

西海市アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第６条の規定により、次のとおり関係書類を添えて補整具購入経費の助成を申請します。なお、申請に当たり、住民基本台帳の情報及び診療明細書等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な庁内関係機関への照会をすることについて同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象者 | フリガナ氏　　名 | 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所　　西海市 |
| 交付要件 | すべて該当する場合が対象です。確認の上、□にチェックをお願いします。□ がんに係る治療を現に受けている又は過去１年以内に受けていた。□ 補整具購入日から起算して、過去１年以上引き続き西海市内に住所を有している。□ 市税等の滞納がない。□ 過去に本助成金及び他自治体による事業による助成金等の交付を受けていない。 |
| 助成対象の種類 | 購入日／取得日 | 支払金額（ア） | 助成上限額（イ） | 助成対象額【ア又はイのいずれか低い額】 |
| ウィッグ | Ａ　□医療用ウィッグ又は毛付き帽子 | 年　　月　　日 | ＡとＢの合計金額の２分の１の額円 | ２０，０００円 | （１）　　円 |
| Ｂ　□保護用ネット | 年　　月　　日 |
| 乳房補整具 | Ｃ　☐補整下着（下着とともに使用するパッドを含む。） | 年　　月　　日 | Ｃ又はＤの金額の２分の１の額円 | ２０，０００円 | （２）円 |
| Ｄ　☐人工乳房（右・左）（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。） | 年　　月　　日 | 各５０，０００円 |
| 助成申請額（※（１）、（２）の合計を記入してください） | 円（千円未満切捨て） |
| 添付書類（添付した書類に☑してください） | □ | がん治療受診証明書（様式第２号）又は同等の証明書 |
| □ | 領収書（「申請者名」又は「助成対象者名」、「購入日」、「品目」、「購入金額」、「領収書発行元」等がわかるもの。ウィッグは「ウィッグ」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。写し可）※補整下着＋人工乳房の申請はできません。 |
| □ | 西海市税に未納がない証明書 |
| 振込先 | 銀行等 | 金融機関名 | 支店名 | 種類 | 口座番号 |
|  |  | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行 | ゆうちょ銀行 | 通帳の記号 |  | 通帳の番号 |
| ９ | ９ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | 口座名義 | フリガナ |
|  |  |