

(表)

様式第1号(第5条関係)

柳川市アピアランスケア推進事業助成金交付申請書

申請者は原則、助成対象者です。

助成対象者が未成年者の場合は、その法定代理人が申請してください。

令和 年 月 日

(めて元) 柳川市長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	ヤカワ ハコ
	氏 名	柳川 華子
	住 所	柳川市本町87番地1
	連絡先	◎◎◎◎-●●●●-〇〇〇〇

必ず、連絡が取れる連絡先を記入ください

1 助成対象者	氏 名	☐ 申請者と同じ		
	住 所	☐ 申請者と同じ		
	生年月日	●●年〇〇月△△日 (◎◎ 歳)		
2 助成対象経費	用具	購入金額	購入日	区分
	医療用ウィッグ	_____ 円	_____ 年 ____ 月 ____ 日	医療用ウィッグ等
	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
	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	
3 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 _____ 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	
4 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及びに国又は他地方公共団体の助成を受けていない。			
5 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	☐ 本人確認書類の写し(運転免許証等) ☐ 治療方針計画書や手術や化学療法の同意書の写しなどががん治療を受療していることがわかるもの ☐ 領収書及びその明細書(購入日、品目、金額、個数がわかるもの)			

全て必要です

裏面の記入 もお願いします。

裏面がない場合は書類不備となります

柳川市アピアランスケア推進事業助成金の交付申請にあたり、柳川市が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、下記のとおり照会・確認することについて同意します。

助成対象者	(対象者が未成年の場合は、その法定代理人)		
照会・確認事項 (☐ にチェック ☒ をしてください。 い。)	☐	① 柳川市住民基本台帳の記録に関する事項	
	☐	② 柳川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	
【署名欄】 ※上記に同意する場合は氏名等の記入をお願いします。	氏 名		前年の収入 (○で囲む)

申請者と助成対象者名が異なる場合は助成対象者の氏名をお願いします

助成対象者と同一世帯の方					
照会・確認事項	⑤ 柳川市住民基本台帳の記録に関する事項				
	⑥ 柳川市の市民税の課税状況に関する事項				
【署名欄】 ※上記に同意する場合は ☐ へのチェック ☒ 、 氏名等の記入をお願いします。	⑤	⑥	氏 名	生 年 月 日	前年の収入 (○で囲む)
	☐	☐		年 月 日生	有 ・ 無
	☐	☐		年 月 日生	有 ・ 無
	☐	☐		年 月 日生	有 ・ 無
	☐	☐		年 月 日生	有 ・ 無
	☐	☐		年 月 日生	有 ・ 無

※ 1 同意されない場合は、次の書類を添付して提出してください。

①及び⑤に同意されない場合：住民票の写し

②及び⑥に同意されない場合：当該年度の市民税課税証明書

・いずれも手数料が必要になります。

・いずれの書類も申請日前3か月以内に交付されたものに限りします。

③及び④に同意されない場合は、助成金が支払われない場合があります。

※ 2 課税状況等が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する書類の提出が必要です。