

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 年 月 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。

申請者		氏 名			TEL		
		住 所					
		生 年 月 日	年 月 日（ 歳）		補助対象者 との続柄		
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）				
補 助 対 象 経 費	補助対象事業	用具	購入金額	購入日		交付申請額	
	医療用ウィッグ等購入	医療用ウィッグ	_____ 円	_____ 年 ____ 月 ____ 日		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	
		装着用ネット	_____ 円	_____ 年 ____ 月 ____ 日			
		毛付き帽子	_____ 円	_____ 年 ____ 月 ____ 日			
	補整具等購入	補整パッド	_____ 円	_____ 年 ____ 月 ____ 日		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	
		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			
	確 認 事 項 （該当するものに☑をつけてください）		☐ 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の地方公共団体の助成を受けている。（☐はい ☐いいえ）※はいの場合、事業名を記入し補助対象に○をつけて下さい。 事業名： _____ 補助対象：医療用ウィッグ等・補整具等				
☐ 申請に係る交付決定及び福岡県アピアランスケア推進事業補助金交付要綱により、古賀市が福岡県から補助金を受けるため、以下の事項について同意します。 ・市が保有する住民基本台帳に関する情報及び市民税課税状況に関する情報を利用し調査すること。 ・他自治体及び医療機関等に治療状況や補助制度の利用状況等の照会を行うこと。							
☐ 申請に係る交付決定及び福岡県から古賀市への補助金手続のため、市が保有する同一世帯員の住民基本台帳に関する情報及び市民税課税状況に関する情報を利用し調査することについて、同一世帯員全ての者が同意しています。							
☐ 委任状（ただし、申請者が補助対象経費領収書の名宛人と同一である場合は不要）							
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、マイナンバーカード等※申請者及び補助対象者）					
		☐ 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					
		☐ 補助対象経費領収書の写し及びその明細書の写し					
		☐ 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）					
		☐ 市町村住民税が他自治体で課税されている場合は、世帯員の課税通知等の写し					
振 込 先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協・その他		本店・支店			
	口座種別 ※該当するものに○	1.普通 2.当座		口座番号			
	(フリガナ)						
	口座名義 ※補助対象者と同一						