

## 大川市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

大川市長 様

年 月 日

大川市アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、申請するとともに、実績を報告します。また、大川市アピアランスケア推進事業助成交付要綱に基づく申請内容の審査、助成金の支給決定その他の必要な手続きのため、申請者及び世帯員全員について、次のことを調査確認することに同意します。(☑をつけてください)

市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること

※住民票・所得課税証明書の提出を省略する場合

市が住民基本台帳等により世帯情報を確認すること

市が住民税課税資料により対象者の課税状況を確認すること

(ただし、転入により課税状況が大川市で確認できない場合は提出が必要です。)

1 申請者	ふりがな				助成対象者との関係 本人・同居親族 その他( )
	氏名				
	住所				
	電話番号				
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日( 歳)
2 助成対象者  <input type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入省略)	氏名				
	住所	大川市			
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日( 歳)
3 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		
4 交付申請額	医療用ウィッグ等		補整具等		
	20,000円と、購入に要した費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て)のいずれか低い額 円		10,000円と、購入に要した費用の合計の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、並びに国又は他地方公共団体の助成を受けていない <input type="checkbox"/> 暴力団又は暴力団員と密接な関係を有していない並びに暴力団員でない				
6 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し(申請者及び助成対象者のマイナンバーカードや運転免許証など) <input 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 type="checkbox"/> 領収書の写し及びその明細書の写し				