

福岡市アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

福岡市長 様

(申請者) (〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

福岡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（請求）します。

1 助成対象者	氏 名					
	住 所					
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)				
2 助成対象経費	用具	購入金額 (税込)	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			
	購入金額の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て) 但し、上限は20,000円とする。 _____ 円		購入金額の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て) 但し、上限は10,000円とする。 _____ 円			
4 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、並びに国又は他地方公共団体の助成を受けていない。		☐はい ☐いいえ (いいえの場合は助成事業名を以下に記入) [_____]			
	・暴力団等との関係を有していない。		☐はい ☐いいえ			
5 添 付 書 類 ※いずれも写し 〔添付した書類に☑をつけてください〕	☐ 助成対象者 (対象者が18歳未満の場合はその法定代理人) の本人確認書類 ※ 写真付き (マイナンバーカード、運転免許証等) は1点、写真なし (健康保険証等) は2点 ☐ がん治療を受けていることが分かる書類 (手術や化学療法の同意書など) ☐ 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)					
6 振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫・組合		本店 支店	口座種別 ※該当するものに○印	
	口座番号			(フリガナ)		
				口座名義		

⇒ 裏面に照会同意書がございます。ご確認の上、ご署名ください。

照 会 同 意 書

福岡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、福岡市が助成金交付の資格審査のため、私及び私の世帯員について、住民基本台帳の記録及び市民税の課税状況を照会・確認することに同意します。なお、調査等については私の世帯員の同意を得ています。

また、福岡市が必要時、医療機関へ治療内容に関する事項、用具の購入先へ購入内容に関する事項について照会・確認することに同意します。

【助成対象者】（対象者が18歳未満の場合は、その法定代理人）

氏 名	前年の収入
	有 ・ 無

↑年金のみの場合でも「有」に○を付けてください。

【助成対象者と住民票上同一世帯の方】

氏 名	生年月日	前年の収入
	年 月 日	有 ・ 無
	年 月 日	有 ・ 無
	年 月 日	有 ・ 無
	年 月 日	有 ・ 無
	年 月 日	有 ・ 無

↑年金のみの場合でも

「有」に○を付けてください。

※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。

- ・住民票の写し（世帯全員）
- ・当該年度の市民税課税証明書（世帯全員）

いずれも手数料が必要です。申請日前3か月以内に交付されたものに限りです。

※2 同意されない場合は、助成金が支払われないことがあります。

※3 申請の時期等によっては、前々年の収入についてお電話にて確認させていただく場合があります。