

【 記 入 例 】

北九州市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書

令和〇年△△月□□日

北九州市長 様

北九州市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。馬借

申請者	フリガナ	キタキョウ エイコ	生年月日	昭和〇〇年△△月□□日 (▽▽歳)					
	氏名	北九 A子	電話番号	〇〇〇-△△△△-□□□□	携帯・固定どちらでも可				
	住所	〒803-8560 北九州市小倉北区馬借1丁目7番1号		助成対象者との続柄	本人	助成対象者から見た続柄(本人、父、母など)			
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		※申請者が助成対象者の場合は、この欄は記入不要です。						
	フリガナ		生年月日	年	月	日 ( 歳)			
	氏名	助成対象者が未成年の場合は、この欄に記入してください		電話番号					
	住所	〒		どちらかにチェックして「はい」の場合は、下の [ ] に助成事業名を記入してください					
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障害者総合支援法等による補装具の支給、並びに国又は他地方公共団体の助成を受けている。又は、県内他自治体から同様の助成を受けたことがある。				<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ (はいの場合 助成事業名を以下に記入) [ ]				
助成対象経費	区分	(1)医療用ウィッグ等			(2)補整具等				
	用具の種類(該当に☑)	(A) <input checked="" type="checkbox"/> 医療用ウィッグ (B) <input checked="" type="checkbox"/> 装着用ネット (C) <input type="checkbox"/> 毛付き帽子			(D) <input checked="" type="checkbox"/> 補整パッド (E) <input checked="" type="checkbox"/> 補整下着 (F) <input type="checkbox"/> 専用入浴着 (G) <input type="checkbox"/> 弾性着衣 (H) <input type="checkbox"/> エビテーゼ				
	購入日	令和△年6月1日			令和〇(△の翌年)年1月15日				
	購入金額	38,000円(税込)			25,000円(税込)				
	購入金額×1/2(千円未満切捨)	ア	19,000円		エ	12,000円			
	助成限度額	イ	20,000円		オ	10,000円			
	助成対象額	ア又はイのうちいずれか低い額 ウ 19,000円			エ又はオのうちいずれか低い額 カ 10,000円				
助成申請額	29,000円(※ウとカの合計を記入してください)								
添付書類(添付した書類に☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> がん治療に関する診療明細書、治療方針計画書等(がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による外見の変化を証明する書類(医療機関名入り)に限る。写し可) <input checked="" type="checkbox"/> 領収書及び明細書の写し(宛名、購入日、品目、金額、個数入り。「医療用ウィッグ」、「補整パッド」等助成対象品目名の記載のあるもの。) <input checked="" type="checkbox"/> 本人確認書類の写し(運転免許証、健康保険証等 申請者及び助成対象者) <input checked="" type="checkbox"/> 助成金の振込口座の金融機関名、支店名、預金種目(普通・当座) 口座名義人、口座番号がわかるページの写し								
振込先	金融機関名	小倉北 銀行・金庫 信用組合・農協			支店名	馬借 本店 支店 出張所			
	口座番号 <input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座 (どちらかに○)	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人(申請者と同じ)

以下北九州市記入欄

受付日	項目	可否	備考	決定年月日	(□交付・□不交付)
案本	住所	□可□否		年 月 日	円
この部分は記入しないでください					
	助成歴	□可□否			係長 課長
	添付書類	□可□否			

裏面の照会同意書もご記入ください。