

【 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	キタキュウ 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-△△△△-□□□□							
	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	<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	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) []						
	区分	(1)医療用ウィッグ等			(2)補整具等						
助成対象経費	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	ウ	19,000円		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)										
必要添付書類 (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、マイナンバーカード等 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	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人 (申請者と同じ)	カナ	キタキュウ エイコ
	普通・当座 (どちらかに○)								氏名	北九 A子	

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)
実本	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。

照会同意書

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にあたり、北九州市が助成金交付の資格審査のため、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。

(□にチェック☑をしてください。)

区 分	☑	照 会 ・ 確 認 事 項
助成対象者 ※ 対象者が未成年のときは、その法定代理人	☑	① 北九州市住民基本台帳の記録に関する事項
	☑	② 北九州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
対象者と 同一世帯の者	☑	⑤ 北九州市住民基本台帳の記録に関する事項
	☑	⑥ 北九州市の市民税の課税状況に関する事項

※ 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。(上記①～⑥に対応)

①・⑤ 住民票の写し(世帯全員分)

②・⑥ 当該年度の市民税課税証明書(世帯全員分)

※ 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か月以内に交付を受けたものに限りです。

③、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。

【署名欄】※同一世帯(住民票上の世帯)の方について、太枠の中に全員ご記入ください。

	氏 名	【北九州市記入欄】 市民税所得割年額
助成対象者	北九 A子 ※	円
対象者と 同一世帯の者	北九 B男 (北九) ※	円
	北九 C代 ※	円
	※	円
	※	円
	※	円
世帯市民税所得割年額の合計金額		円
税 率	6 % 適 用 額	円

この部分は記入しないでください。

※ 本人が手書きしない場合は記名、押印ください。