

久留米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

久留米市長 宛

年 月 日

(申請者)
(〒 -)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

久留米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。

1 助成対象者	フリガナ			
	氏名			
	住 所			
	生年月日	大正・昭和 平成・令和 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	
	購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て)と20,000円のいずれか低い額 _____円		購入に要する費用の合計の1/2 (1,000円未満切り捨て)と10,000円のいずれか低い額 _____円	
4 添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 治療方針計画書や手術や化学療法の同意書の写しなど、助成対象者が、がん治療を受療していることが分かる書類 <input type="checkbox"/> 申請者が、医療用ウィッグ等・補整具等を購入した際の領収書の写し及びその明細書の写し(購入日、品目、金額、個数がわかるもの) ※令和5年4月1日以降に購入し、かつ申請日から1年以内のもののみ対象です。 <input type="checkbox"/> 申請者の振込先口座が確認出来る書類			
5 振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫・組合	本店 支店	
	口座種別 <small>※該当するものに○印</small>	1.普通		2.当座
	口座番号 (フリガナ)			
	口座名義			

様式第1号（裏面）

同意及び確認事項 にチェックを入れてください。

- 支給要件が、世帯の市町村民税のうち所得割課税年額が23万5千円未満であることを理解して申請します。また、審査にあたり、市が下記の事項を確認することに同意します。
- ・住民基本台帳の記録に関する事項
 - ・世帯の市民税の課税状況に関する事項
 - ・医療機関への治療内容に関する事項
 - ・用具の購入先への購入内容に関する事項

【市外から転入された方へ】

住民税は、毎年1月1日現在で住民票のある市区町村で課税されます。1月2日以降に久留米市に転入された場合は、その年は久留米市で課税されないため、市民税の課税状況が分かりません。このため、以下の書類の提出が必要となります。

4・5月申請の場合	前年度の <u>所得割課税年額が分かるもの</u> （※）を現世帯全員分提出
6～3月申請の場合	当年度の <u>所得割課税年額が分かるもの</u> （※）を現世帯全員分提出

※「市民税・県民税特別徴収税額の決定通知書」「所得（非）課税証明書」など

- 【本人を含む同世帯内に、収入が少ない方や義務教育を終えた方（高校2年生以上）がいる方へ】
本人を含む同世帯内に住民税未申告の方がいる場合、世帯の所得割課税年額が確認できません。申請にあたり、何年度の所得割額が必要になるか確認の上、その年の1月1日に住民票があった自治体で申告を行ってください。
- 久留米市暴力団排除条例（平成22年久留米市条例第19号）第2条第2号に規定する暴力団員ではありません。助成対象者が暴力団員及び暴力団関係者ではないことの確認のため、市が警察に照会することに同意します。
- 助成対象者は、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ません。

年 月 日 申請者 署名 _____