

箕面市アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)箕面市長

〒

申請者

住所

氏名

対象者との続柄()

電話番号

(対象者が18歳以上の場合の申請者は原則として対象者、18歳未満の場合の申請者は法定代理人となります。)

箕面市アピアランスケア助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて補整具購入費用の助成を申請します。
なお、申請に当たり市が住民基本台帳の情報及び助成金の交付に関し必要な関係機関に照会することに同意します。

対象者	☐ 申請者本人(太枠内「委任内容(委任事項がない場合はチェック不要)」「フリガナ」「生年月日」のみ記入)						
	☐ 申請者と異なる(以下太枠内を全て記入) ※対象者が18歳未満の場合は「委任内容」のチェック不要						
	委任内容						
	☐ 私は、箕面市アピアランスケア助成金の申請及び請求を申請者に委任します。						
	☐ 私は、箕面市アピアランスケア助成金の受領を購入者(口座名義人)に委任します。						
	フリガナ		生年月日	年 月 日(歳)			
	氏名		電話番号				
住所	〒						
助成実績	箕面市又は他の地方公共団体その他の団体等、健康保険法による医療保険その他の法令に基づき、対象補整具の購入費用の助成等を受けた、又は受ける予定がありますか。			☐ はい ☐ いいえ	(はいの場合 自治体名・助成金名等)		
購入した補整具	区分	(1)医療用ウィッグ		(2)胸部補整具		(3)エビテーゼ	
	補整具の種類	(A) ☐	医療用ウィッグ (ケアネット含む。)	(C) ☐	補整下着 (補整下着とともに使用するパッドを含む。)	(D) ☐	傷病に伴う外見の変化等を補うために体表に取り付ける人工物(人工乳房を固定する下着等を含む。)
		(B) ☐	毛付き帽子				
	購入日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	助成対象額	(購入費用(税込)×1/2)		(購入費用(税込)×1/2)		(購入費用(税込)×1/2)	
		ア	円	エ	円	キ	円
	助成限度額	イ	20,000 円	オ	(左・右) 各 20,000 円	ク	50,000 円
助成申請額	【ア又はイのうちいずれか低い額】 ウ 円		【エ又はオのうちいずれか低い額】 カ 円		【キ又はクのうちいずれか低い額】 ケ 円		
助成申請額(合計)		円		(※ウとカとケ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) (全て写し可)	☐ 【必須】 補整具の購入が必要となった原因の傷病及び傷病に伴う外見の変化等を確認できる書類 書類の例:医師の診断書、治療説明書、治療方針計画書等(複数の書類の組み合わせ可)						
	☐ 【必須】 領収書(購入者氏名、購入日、購入金額及び購入品目を証する書類)						
	☐ 【必須】 助成金振込先の預金通帳の写し又は口座の情報が確認できる書類						
	☐ 【新たな傷病の発症、傷病の再発による再申請時】過去に助成を受けた要件と異なる要件であることが確認できる書類						
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 農協・その他()		支店名	本店・支店・出張所 その他()		
	口座番号	普通・当座・貯蓄 その他()		口座名義人(ｶ) (対象者又は購入者と同じ)	(ｶ)		