

様式第 1 号(第 6 条関係)

登米市医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 登米市長

申請者 住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

電話番号 _____

登米市医療用補正具購入費助成事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、申請にあたっては、下記の内容に相違ありません。(□にチェック☑をしてください。)

暴力団等との関係を有していないことを誓約します。なお、説明を求められた際には誠実に対応いたします。

対象者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	〒 _____ 電話番号 - -		
がんの治療状況	医療機関名			
	主治医名			
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ()		
がん治療を受けていることを証する書類	がん治療受診証明書 ・ お薬手帳 ・ 診療明細書 治療方針計画書 ・ わたしのカルテ ・ がん診療パス その他 ()			
補正具が必要な理由	就労のため・社会参加のため・その他 ()			
他の公的助成金受給の有無	無 ・ 有			
購入した補正具	購入年月日		補正具購入経費 (税込価格)	
	年 月 日			円

助成金交付申請金額 (助成金上限額 ウィッグ 30,000 円、乳房補正具(右) 20000 円、乳房補正具(左) 20000 円、 1,000 円未満切捨)		円	
振 込 先	金融機関名		支店名
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()	
	口座番号		
	口座名義	(フリガナ)	

※ 注意事項 振込口座は申請者名義に限ります。

【市記入欄】 *この欄は記入しないでください。	市民税所得割年額 (世帯合計)	円	市税の 滞納	無 ・ 有
----------------------------	--------------------	---	-----------	-------

添付書類

- 1 医療用補正具の購入に係る領収書の写し又は支払いの事実が確認できる書類
- 2 がん治療受診証明書(様式第2号)又はがん治療を受けていることを証する書類の写し
- 3 その他市長が必要と認める書類

様式第 1 号付表（第 6 条関係）

照会同意書及び税額確認票

医療用補正具購入費助成金交付申請にあたり、市職員が助成金交付の資格審査のために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 <small>※対象者が 18 歳未満 のときはその保護者</small>	<input type="checkbox"/>	① 住民基本台帳の記録に関する事項
	<input type="checkbox"/>	② 市税納付状況（税目・税額・申告の有無等）に関する事項
	<input type="checkbox"/>	③ 市民税の課税状況に関する事項
対象者と 同一世帯の者	<input type="checkbox"/>	④ 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①～④に対応）

① 住民票の写し（世帯全員分）

② 市税の滞納がないことの証明書

市税を 10 日以内に納付した場合は、納付状況を確認できない場合があるため、「市税の滞納がないことの証明書」の交付を受ける際に、領収書や通帳等納付した事実が分かる書類をお持ちください。

③・④ 当該年度の市・県民税課税証明書（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 30 日以内に交付を受けたものに限りです。

【署名欄】 ※同一世帯（住民票上の世帯）の方について、全員ご記入ください。

	氏 名	住 所	【市記入欄】 市民税所得割年額
助成 対象者			円
対象者 と同一 世帯の 者			円
			円
			円
			円
世帯市民税所得割年額の合計金額			円