

第 1 号様式（第 5 条関係）

香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

香芝市長

住 所
氏 名
電 話 番 号

香芝市アピアランスケア支援事業補助金（以下「補助金」という。）の交付を受けたいので、香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、関係書類を添付して、次のとおり申請し、及び請求します。

また、申請に当たり、次の事項について誓約します。

- (1) 申請に係る補整具に関し、香芝市アピアランスケア支援事業補助金交付要綱の規定に基づく補助と同様の他の地方公共団体が実施する補助を受けていないこと。
- (2) 申請に係る補整具は、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）、船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）、私立学校教職員共済法（昭和 28 年法律第 245 号）、国家公務員共済組合法（昭和 33 年法律第 128 号）、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）又は地方公務員等共済組合法（昭和 37 年法律第 152 号）その他の法令、条例、規則、要綱等の適用を受けて購入したものでないこと。

1 補整具を必要とする者

住 所	☐ 申請者と同じ
フリガナ氏名	☐ 申請者と同じ
生 年 月 日	年 月 日
申請者との続柄	☐ 本人 ☐ 子 ☐ その他（ ）

2 申請に係る補整具

(1) ウィッグ

種 類	購 入 日	補助対象経費	申 請 金 額
☐ 全頭用ウィッグ ☐ 頭皮保護用ネット	年 月 日	円	円

(2) 乳房補整具

種 類	購 入 日	補助対象経費	申 請 金 額
☐ 補整パッド （ ☐ 両乳房 ☐ 左 ☐ 右） ☐ 人工乳房 （ ☐ 両乳房 ☐ 左 ☐ 右） ☐ 補整下着	年 月 日	円	円

(3) エピテーゼ

種 類	購 入 日	補助対象経費	申 請 金 額
☐ 眼 ☐ 耳 ☐ 手指 ☐ その他（ ）	年 月 日	円	円

備考

- 1 補助対象経費は、補整具の購入に係る費用です。ただし、附属品、ケア用品等の購入に要する費用及び送料、代金決済手数料等の費用は、補助対象経費に含みません。
- 2 補助金の額は、補助対象経費×1／2（1,000円未満の端数切捨て）で、2万円を上限とします。

3 同意事項

☐ 補助金の交付に関し、香芝市が私（１８歳未満の者に係る申請にあつては、当該１８歳未満の者を含む。）の住民登録状況について公簿等を調査することに同意します。
☐ 補助金の交付に関し、香芝市が必要に応じて補助金の交付に係る事項について関係機関に照会することに同意します。

4 請求金額（申請金額の合計額）

請求金額	金	円
------	---	---

5 振込先

金融機関名										
金融機関コード										
支店名										
支店コード										
預金種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他（ ）									
口座番号										
ゆうちょ銀行の場合	通帳記号	1				0				
	通帳番号									
フリガナ										
口座名義人										

添付書類

- ☐ 疾病等により補整具が必要となったことが分かる医師の診断書等
- ☐ 補整具の購入に係る領収書の写し（購入日、品名、購入金額、金額の内訳及び領収書発行元の記載のあるものに限る。）
- ☐ 住民票の写し（１８歳未満の者に係る申請にあつては、申請者と当該１８歳未満の者との続柄が分かるものに限る。）（上記の同意事項欄に記載された公簿等の調査に同意する場合で、香芝市が公簿等により住民登録状況を確認できるときは、不要）
- ☐ 振込先が分かる書類の写し（預貯金通帳の写し、預貯金の引出用カードの写し等）
- ☐ その他市長が必要と認める書類