

【注意事項】 点線枠内に記入し、摩擦熱等の温度変化で筆跡が消えるボールペンは使用しないでください

熊本市アピアランスケア推進事業 助成金申請のご案内

様式第1号（第5条関係）

熊本市アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼請求書

申請日は「購入日の翌日から1年以内の日付」になります

申請日 年 月 日

熊本市長 様

熊本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、熊本市アピアランスケア推進事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添え、申請します。なお、助成金の請求に関する一切の権限を熊本市医療対策課長へ委任します。また、申請にあたり、熊本市が住所等の確認のための住民基本台帳情報の閲覧や、必要がある場合に関係機関へ照会することに同意します。

助成対象者	フリガナ	クマモト ハナコ		生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名	熊本 花子	印	生年月日	※和暦で記載
	住所	〒 - 熊本市 中央区 〇〇 〇丁目〇-〇			
	電話番号				
申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 助成対象者と同じ <input type="checkbox"/> 代理申請の場合、助成対象者との続柄（				
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名		印	生年月日	年 月 日
交付対象経費	対象区分（ア）	① ウィッグ等 （助成金上限額2万円）	② 補整用シリコンパッド （助成金上限額1万円）	③ 人工乳房 （助成金上限額2万円）	
	購入日	令和6年 8月 3日	令和 年 月 日	令和6年 10月 8日	
	購入費用	66,000円（税込）	円（税込）	110,000円（税込）	
交付対象経費（イ）	33,000円		円	55,000円	
交付申請額（ウ）	ウィッグ等	補整用シリコンパッド	交付申請合計額		
（ア）又は（イ）のいずれか低い額	この部分は窓口申請時に記入していただくため、事前の記入は不要です 円				
過去の受給状況	<input checked="" type="checkbox"/> 熊本市のアピアランスケア推進事業助成金を受けたことはありません。 ある場合：助成を受けた日付（ 年 月） 助成を受けた対象区分 ①ウィッグ等 ②補整用シリコンパッド ③人工乳房 ④その他				
確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 市民税の滞納がない <input checked="" type="checkbox"/> 暴力団関係者に該当せず、また暴力団関係者とは一切の関係を有していない				
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> がん治療を受けている（受けていた）ことが分かる書類（写し） <input checked="" type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書等（原本のみ。写しは不可） <input checked="" type="checkbox"/> 振込先口座が確認できる書類（写し） <input checked="" type="checkbox"/> （代理申請の場合）助成対象者との続柄が確認できる及び代理人の本人確認書類（写し） <input checked="" type="checkbox"/> （郵送申請の場合）申請者本人確認書類（写し）※窓口申請の場合は書類をお持ちください				
振込先	金融機関名	〇〇 銀行	本店	口座種別	1. 普通
	口座番号	信用金庫・組合	△△支店	口座種別	2. 当座
	フリガナ	クマモト ハナコ			
	口座名義	熊本 花子			

同じ区分で複数の用具を購入している場合、領収書の古い日付から1年以内が申請期限となります

申請受付後、結果通知までに1ヶ月程度の時間がかかります。

なお、書類に不備があると、手続きに時間がかかりますので、ご注意ください。

助成対象者	氏名、生年月日、住所、日中連絡が取れる電話番号を記入してください。 申請にあっては、申請日時時点で熊本市の住民である（住民票がある）ことが条件になります。
申請者	対象者が未成年者の場合、保護者が代理申請することができます。この場合、助成対象者としての続柄は「父」、「母」等と記入してください。代理申請を希望される場合は事前に医療対策課へご相談ください。
購入費用	購入した補整具の購入日（領収書に記載の日付）と購入金額（税込）を記入してください。同じ区分の補整具を複数購入し領収書が複数ある場合は、一番古い領収書の日付を記入し、「購入費用」欄は合計の金額を記入してください。
交付対象経費（イ）	交付対象経費の合計額の半額（1/2）を記入してください。（千円未満は切捨て記入） 助成金上限額は、ウィッグ等が2万円、胸部補装具の補整用シリコンパッド1万円または、人工乳房が2万円になります。
交付申請額（ウ）	窓口申請時に記入していただくため、事前の記入は不要です。
過去の受給状況	熊本市の事業は令和6年度から実施します。 今後は、過去5年以内に受給したことが無い方が対象になります。
確認事項	市民税滞納者と暴力団関係者の方は対象外です。
添付書類	① がん治療を受けている（受けていた）ことが分かる書類（写し） 例：手術や化学療法等の同意書、治療方針計画書、診療明細書、お薬手帳等の写し 治療実施のわかるものをご準備ください。（複数添付による確認可） ② 用具の購入に係る領収書等（原本のみ。写しは不可） 購入日、品目、金額、個数が記載されているもの。 ③ 振込先口座が確認できる書類（写し） 例：銀行等通帳の写し ④ （代理申請の場合）助成対象者との続柄が確認できる及び代理人の本人確認書類（写し） 代理人の運転免許証や健康保険証等の本人確認書類の写しと、助成対象者との続柄が確認できる書類等の写し 申請者本人確認書類（写し）は運転免許証、健康保険証等の写し
その他	郵送申請の方は、事前に医療対策課（電話364-3186）に書類等を確認していただき、郵送に必要な切手を貼ってポストへ投函ください。

\*宛名は申請者のフルネーム  
\*購入金額が5万円以上の領収書には収入印紙が必要。  
なお、クレジットカード払いの場合、収入印紙は不要ですが、その旨の記載が必要。  
\*助成対象用具であるとわかる記載が必要。対象外の用具が含まれる場合は詳細な内訳を別途添付してください。

領収書 見本

\*申請期限は購入日の翌日から1年以内

領収書 令和6年8月3日

熊本 花子 様

金額 ¥66,000-

ただし、ウィッグ1台 ¥49,800

装着用ネット1個 ¥980

毛付き帽子 1個 ¥9,220 の購入代金として

●●市△△町1-1

(株)××ショップ 店長 □□□□□□ 印

\*発行者の名称・住所の記載が必要