

奈良市アピランスケア支援事業補助金交付申請書

・訂正は二重線に自署または押印をお願いします。
 ・消せるボールペンでの記入は不可です。

の規定に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請します。
 基本台帳を確認し、又は補助要件について確認の必要がある場合には関係機関へ照会することについて同意します。

申請者	ふりがな	なら はなこ	生年月日	S 51 年 8 月 8 日 (48 歳)
	氏名	奈良 花子		
	住所	〒 630-8122 奈良市三条本町13番1号	補助対象者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人
	電話番号	(固定) 0742-34-5129 (携帯電話) 090-0000-△△△△		<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 法定代理人(親権者又は後見人) <input type="checkbox"/> その他

↓
申請者が補助対象者本人でない場合、以下の欄に補助対象者について記入してください。

補助対象者	ふりがな		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
	氏名			
	住所	〒 奈良市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	

<誓約事項> 全ての項目に誓約いただける方のみ補助金の交付申請を行うことができます。

申請を行う補整具の購入等に対し、他の法令等により、国、県又は市から同種の補助金を受けていません。

暴力団等(奈良市暴力団排除条例(平成24年奈良市条例第24号)第2条第3号に規定する暴力団等をいう。)ではありません。

がん治療等の状況	疾病名	乳がん	
交付を申請する補整具等に <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ等	⇒ 購入等年月日: 領収書の日付をご記入ください。 (申請期限は購入日の翌日から起算して1年以内です) 領収書が複数日にわかれている場合は、一番過去の領収書の日付をご記入ください。 ⇒ 購入等金額: 補助対象外の物(シャンプー・リンス・送料・手数料等)が含まれていないかご確認ください。 ⇒ (イ): 1,000円未満切捨の金額をご記入ください。 ⇒ (A):(イ)が20,000円を超えている場合は「20,000」となります。
購入等年月日		R 6 年 5 月 10 日	
購入等金額(税込み)	(ア)	81,000円	
(ア)の1/2の金額 (1,000円未満切捨)	(イ)	40,000円	
補助上限額	(ウ)	20,000円	
(イ)と(ウ)を比べて低い金額	(A)	20,000円	
交付申請額【(A)の合計金額】			

添付書類に <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	がん治療等を受けた又は現に受けていることがわかる書類の写し(治療方針計画書、診療明細書、お薬手帳等)
	<input checked="" type="checkbox"/>	補整具の購入等に要した費用、年月日、種類等が明記された書類の写し(領収書等)
	<input type="checkbox"/>	申請者が法定代理人に該当する場合は、「法定代理人を証する書類」 その他に該当する場合は、「委任状」と「申請者・補助対象者双方の本人確認書類」

がん治療等の証明:

- ・全頭用ウィッグ等は抗がん剤治療による脱毛がわかる書類(治療方針計画書、診療明細書、お薬手帳等)
- ・乳房補整具は外科的治療等による乳房の変形がわかる書類(治療方針計画書、診療明細書等)

領収書等について:

- ・金額の内訳の記載がない場合は、レシートや領収内訳書、カタログ等購入内容が確認できるものを併せてご提出ください。

判定	<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 不交付
----	-----------------------------	------------------------------

※注意事項

① 申請者に関する書類について

以下の提出書類が必要です。

- | | | |
|-------------------|---|--------------------------|
| ☞ 申請者が本人または同一世帯の方 | → | 本人確認書類の提出は不要です。 |
| 法定代理人 | → | 「法定代理人を証する書類」 |
| その他の方 | → | 「委任状」と「申請者と補助対象者の本人確認書類」 |

② 申請回数について

☞ その種類によらず1人につき2回まで申請可能です（一種類につき1回まで）。

例：全頭用ウィッグと乳房補整具→○
全頭用ウィッグ2回→×

③ 申請方法及び申請・問い合わせ先

☞ 申請方法：下記（1）～（3）のいずれかの方法で申請してください。
※申請者がその他の方の場合は、（1）（2）で申請してください。

（1）窓口（平日：午前8時30分から午後5時15分まで）

（2）郵送

（3）電子申請：添付書類の写真等画像データをご用意の上、
申請してください。

URL (<https://logoform.jp/form/p6et/530044>)



☞ 申請先：〒630-8122
奈良市三条本町13番1号
奈良市健康増進課（はぐくみセンター3階）
電話番号：0742-34-5129