

申請日 令和 年 月 日

奈良市アピアランスケア支援事業補助金交付申請書

(あて先) 奈良市長

奈良市アピアランスケア支援事業補助金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて、次のとおり申請します。なお、審査のため、市が申請者及び補助対象者の住民基本台帳を確認し、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		生年月日	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	〒	補助対象者 との関係	☐ 本人 ☐ 同一世帯 ☐ 法定代理人 (親権者又は後見人) ☐ その他
	電話番号	(固定) (携帯電話)		



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 ☐ 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			
交付を申請する補整具等に ☒		☐ 全頭用ウィッグ等	☐ 乳房補整具	☐ その他 ()
購入等年月日		R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日
購入等金額 (税込み)	(ア)	円	円	円
(ア)の1/2の金額 (1,000円未満切捨)	(イ)	円	円	円
補助上限額	(ウ)	20,000円	20,000円	10,000円
(イ)と(ウ)を比べて低い金額	(A)	円	円	円
交付申請額 【(A)の合計金額】			円	

添付書類に ☒	☐	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)
	☐	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)
	☐	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」

※注意事項の記載がありますので、裏面もご確認ください※

職員使用欄

宛名番号	審査	可否	備考	
受付日	申請者	☐ 法定代理人 ⇒ 法定代理人を証する書類	⇒ ☐ 添付有 ☐ 添付無	
		☐ その他 (本人、同一世帯以外) ⇒ 委任状、申請者・補助対象者の本人確認書類	⇒ ☐ 添付有 ☐ 添付無	
	項目	住所確認	☐ 可 ☐ 否	
		交付歴	☐ 無 ☐ 有	⇒ ☐ 可 ☐ 否
		治療確認	☐ 可 ☐ 否	☐ 原本預かり有 (枚) 返却日 ()
		領収書	☐ 氏名 ☐ 金額 ☐ 品名 ☐ 年月日 (R6.4.1以降)	☐ 申請日は購入等日の翌日から1年以内 ☐ 原本預かり有 (枚) 返却日 ()
	判定	☐ 交付 ☐ 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９時から午後５時まで）
- （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