

伊那市こどもアピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）伊那市長

伊那市こどもアピアランスケア助成事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

※太枠内を記載ください。なお、裏面の同意欄も必ず記載してください。

申請者	ふりがな 氏名	※対象者が未成年の場合は法定代理人		対象者との続柄	本人・（ ）
	生年月日	年 月 日 （ 歳）			
	住所	〒			
	電話番号				
対象者	ふりがな 氏名	※申請者と同じ場合は省略可			
	生年月日	年 月 日 （ 歳）			
	住所	〒			
助成対象経費等	補整具の区分	医療用ウィッグ	乳房補整具		エビテーゼ
			左房用	右房用	
	購入日及び内容 （レンタル期間） （領収書の日付） ※複数ある場合は それぞれ記載				
	領収書の宛名及び 対象者との続柄	続柄（本人・ ）	続柄（本人・ ）	続柄（本人・ ）	続柄（本人・ ）
	購入金額（税込） （レンタル金額）	円	円	円	円
	購入金額（税込） × 1/2（千円未満切捨）	① 円	円	円	円
	助成上限額	② 各 20,000円			
	助成申請額	①②のうち少ない方の額 ※助成は毎年度 1 回を限度とします。			
		円	円	円	円
助成申請額の合計	円				
傷病、先天的疾患、事故等による外傷で治療を受けているまたは受けていた医療の状況	医療機関名及び診療科				
	主治医名				
	治療方法	☐ 手術 ☐ 薬物治療 ☐ 放射線治療 ☐ その他（ ）			
治療を受けている又は受けたことを証する書類	☐ 診断書 ☐ 診療（入院）計画書 ☐ 診療説明書 ☐ その他（ ）				

（添付書類）

- ① 市内に住所があることが分かる書類（マイナンバーカード、資格確認書など）
- ② 病気の治療、先天的な身体的特性又は外傷等により補整具を必要としている又は補整具が必要となることを見込まれることを医師が判断した書類の写し（治療の説明書、経過書、診断書等の写し）
- ③ 補整具の購入等の領収書の写し及びその明細書の写し（購入日、購入金額、宛名（申請者の氏名）、販売店名、物品名（ウィッグ購入費等）の記載のあるもの）
- ④ 前号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

【同意欄】 同意するものに☑又は記載してください。

以下の事項について、確認、同意しました。

- ☐ 1 本事業の実施に関し、伊那市の職員が、私又は世帯に係る住民基本台帳及び市税等の納付状況を閲覧(確認)することに同意します。
- ☐ 2 同年度中に、国または他の地方公共団体から類似する助成金を受給していません。
- ☐ 3 虚偽、不正等が判明した場合は、助成金の全部を市に返還します。
- ☐ 4 申請日が購入日の属する年度の翌年度となった理由は、以下のとおりです。
(該当する場合のみ記載)

(記載例：がんの治療時期が年度末となり、申請が間に合わなかったため)

◎注意事項

- ※ 助成金交付の可否は、文書で通知します。
- ※ 申請に不備がある場合は、助成金を交付できないことがあります。
- ※ 助成対象経費、助成金の額及び助成回数は、以下のとおりです。なお、附属品、ケア用品(クリーナー、リンス、ブラシ等)並びに購入のために要した交通費及び送料、診断書料等は、対象外です。

区分	助成対象経費	助成額(区分毎)	助成回数
頭髮補整具	ウィッグ、装着用ネット、毛付き帽子の購入又は貸与の費用の合計	助成対象経費の2分の1に相当する額(1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとし、2万円を上限とする。)	毎年度 1回
乳房補整具	補整パッド、補整下着、専用入浴着、人工乳房の購入又は貸与の費用の合計	助成対象経費の2分の1に相当する額(1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとし、2万円を上限とする。)	左房、右房 ごとに 毎年度 1回
エビテーゼ	エビテーゼ(補整用人工物)の購入又は貸与の費用の合計	助成対象経費の2分の1に相当する額(1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとし、2万円を上限とする。)	毎年度 1回

※申請は、補整具を購入した日(領収書の日付)の属する年度の末日までに申請してください。

◎個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、助成金の交付事務及び伊那市保健福祉事業の推進に必要な用途(施策の立案や調査及び分析等)以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。