様式第１号(第７条関係)

菊池市がん患者ＱＯＬ向上事業補助金交付申請書

申請日　　　　年　　月　　日

(宛先)菊池市長　様

(申請者) 住　所

氏　名

補助対象者との続柄

電話番号

菊池市がん患者ＱＯＬ向上事業補助金交付要綱第７条第１項の規定により、菊池市がん患者ＱＯＬ向上事業補助金について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象者 | 氏名 | □申請者と同じ | | 生　年　月　日 | |
| 年　　月　　日 | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 補助対象経費 | | 対象区分 | ウィッグ等 | | 乳房補正具等 |
| 購入年月日 |  | |  |
| 購入費(税込) | 円 | | 円 |
| 交付申請額 | ①　　　　　　　　　円 | | ②　　　　　　　　　円 |
| 交付申請合計額 | ①+②　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 過去の受給の有無※ | | | (　有　・　無　)  ※過去に助成を受けた事がある場合、「有」に〇を付けてください。 | | |
| 確認事項 | | | 申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付及び他地方公共団体の助成を受けていない。  (　はい・いいえ　) | | |

添付書類

□　(1)がん治療を受けた(受けている)ことが確認できる書類の写し

□　(2)アピアランスケア用品の購入に係る領収書の写し及びその明細書の写し

□　(3)本人を確認する書類(代理申請の場合は代理人本人を確認する書類)

□　(4)補助対象者の住民票等の住所地を証明する書類

□　(5)申請者の未納がない証明書

□　(6)その他市長が必要と認める書類

※ (4)は、裏面の記載事項に同意いただき、その内容が確認できる場合は省略できます。

照会確認に関する同意について

菊池市がん患者ＱＯＬ向上事業補助金交付申請に当たり、菊池市が補助金の交付の資格審査のために必要な範囲において、次のとおり照会及び確認することについて同意します。

補助対象者(対象者が18歳未満の場合は、その法定代理人)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 照会・確認事項  (同意する場合は☑を  つけてください。) | □ | ①菊池市住民基本台帳の記録に関する事項 |
| □ | ②医療機関への治療内容に関する事項 |
| □ | ③用具の購入先への購入内容に関する事項 |
| □ | ④菊池市暴力団排除条例に規定する暴力団員ではないこと |
| 【 署 名 欄 】  ※上記に同意する場合は氏名の記入をお願いします。 | 氏 名 | |

※１ 次の項目に該当する場合は、次の書類を添付して提出してください。

書類発行に要する費用は自己負担となります。

(1)①に同意されない場合：住民票の写し(世帯全員が記載されたもの)

※２ ②及び③に同意されない場合は、補助金が支払われない場合があります。