

様式第1号（第5条関係）

アピランスサポート事業助成申請書兼報告書

年 月 日

（宛先）新潟市長

新潟市がん患者アピランスサポート事業実施要綱に基づくアピランスケア用具購入費の助成について、関係書類を添付して申請します。

申請者	フリガナ				助成対象者との続柄		
	氏名				※対象者が未成年の場合 申請者は法定代理人		
	生年月日	年	月	日	電話番号		
	住所	〒					
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同じの場合、対象者欄は記載不要です。）						
	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名				電話番号		
	住所	〒					
過去における本事業による助成の有無		無 ・ 有 （ ウィッグ等 ・ 胸部補整具 ・ 人工乳房 ）					
助成対象費用	区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等		<input type="checkbox"/> 胸部補整具		<input type="checkbox"/> 人工乳房	
	購入日	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	購入金額	円（税込）		円（税込）		円（税込）	
	購入金額×1/2	ア	円 (1円未満切捨)	エ	円 (1円未満切捨)	キ	円 (1円未満切捨)
	助成上限額	イ	25,000円	オ	25,000円	ク	50,000円
	助成額	ア又はイのいずれか低い額		エ又はオのいずれか低い額		キ又はクのいずれか低い額	
助成合計額		円（ウとカとケの合計額）					
添付書類	<input type="checkbox"/> アピランスケア用具購入時の領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの） <input type="checkbox"/> がん治療の内容が確認できる書類の写し（がん治療に伴いアピランスの変化が生じたことがわかるもの） <input type="checkbox"/> 振込先口座（申請者名義に限る）の通帳の写し（金融機関名、本支店名、口座種別、口座番号、口座名義人の分かるもの） <input type="checkbox"/> 申請者の納税証明書（新潟市制度用） <input type="checkbox"/> その他市長が必要とする書類（ ）						
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協			支店名	本店・支店 出張所	
	口座番号				口座名義人 (申請者と同じ)	カナ 氏名	
	普通・当座 (どちらかに○)						

(裏面あり)

アピアランスサポート事業助成に関する同意書兼宣誓書

申請者本人について、下記内容に同意できる又は宣誓できる場合は□にチェックを入れ署名をしてください。

- 氏名、住所、生年月日及び続柄について、住民基本台帳にて確認することを同意します。
- 市税の納付状況、徴収の猶予・課税の減免の申請等の状況について、納税課、市民税課、資産税課へ照会する必要があることを同意します。
- 本申請に関するアピアランスケア用具について、購入した店舗等に照会する必要があることを同意します。
- 購入費用の助成を受けたアピアランスケア用具について、目的に反した使用や譲渡、貸与又は担保には供しません。
- 暴力団（新潟市暴力団排除条例（平成 24 年新潟市条例第 61 号）第 2 条第 2 項に規定する暴力団をいう。以下同じ。）。暴力団員（同条第 3 項に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）及び暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者ではありません。

年 月 日

署名 _____

【新潟市処理欄】

経由印	受付印	備考