

受領印

武蔵野市長 殿

武蔵野市アピアランスケア助成金交付申請書兼請求書

武蔵野市アピアランスケア助成金の交付を受けたいので、武蔵野市アピアランスケア助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請の内容を確認するために、武蔵野市長が住民基本台帳及び診療明細の閲覧並びに受診機関への確認等を行うことに同意します。

補助対象経費の支出に際し、クレジットカード等の後払方式の決済方法を利用した場合であって、所定の引落日に残高不足等で支払の義務が履行されないことにより、契約約款等による所有権留保が実行されたときは、既交付済の補助額の全額を市へ返還することに同意します。

|                              |   |  |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|------------------------------|---|--|-----------|---|----------|--|-----|---|---------|---|---|---|---|-----|---|---|---|
| 申請者                          | フリガナ  | ムサシノ タロウ   |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | 氏名  | 武蔵野 太郎   |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | 住所  | 郵便番号 180-0001<br>武蔵野市吉祥寺北町 4-8-10-305 保健センター   |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | 電話番号  | 080-1234-1234  | 助成対象者との続柄 |   | 本人       |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
| 助成対象者                        | フリガナ  |  |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | 氏名  |  |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | 住所  | 郵便番号   |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | 生年月日  | 1975 年 10 月 1 日  |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
| 申請者本人の場合<br>は生年月日のみ記入してください。 | フリガナ  |  |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | 氏名  |  |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | 住所  | 郵便番号   |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
| 補正具                          | <input checked="" type="checkbox"/> 購入                          | 品目   | 購入年月日     | タル年月日   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | <input type="checkbox"/> レンタル                                   | 医療用ウィッグ  | 令和9年4月15日 | 月 日～ 年 月 日  |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | 金額  | ア又は50,000円のいずれか低い額   |           | イ+ウ<br>※上限100,000円  |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
| 申請額<br>(請求額)                 | 195,600   | 50,000円  |           | 100,000円  |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | 円   | (ア-50,000円) × 1/2  |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              |   | ウ<br>72,800円   |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
| 確認事項                         | 申請に係る対象経費について、過去又は他の法令に基づく同種の補助等の受給有無                           |  |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | <input type="checkbox"/> 有                                      | 補助決定年月   |           |   |          |  | 年 月 |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
| 添付書類                         | 治療・外傷の証明書類  | <input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 治療計画書 <input type="checkbox"/> 診療明細 |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | <input checked="" type="checkbox"/> 領収書 ※宛名、品目、支払日及び金額の内訳がわかるもの |  |           |   |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
| 振込先                          | 金融機関名   | ●● <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金                                |           | ●● <input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 |          | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              |   | <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協  |           | <input type="checkbox"/> 出張所  |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              | 口座番号  | 1  | 2         | 3   | 4        | 5  | 6   | 7 | 金融機関コード | 1 | 2 | 3 | 4 | 店番号 | 1 | 2 | 3 |
|                              | 口座名義人<br>※申請者又は助成対象者  |  | フリガナ      |   | ムサシノ タロウ |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |
|                              |   | 氏名   |           | 武蔵野 太郎  |          |  |     |   |         |   |   |   |   |     |   |   |   |

今回申請する品物の購入額を記入。

左記の金額か50,000円の低い方を記入。

今回申請する品物についてすでにほかの自治体や制度で助成を受けているか。  
※受けている場合は助成対象外

「合計金額 ア」から50,000円を引いた額の半額を記入。  
ex) (195,600-50,000) × 1/2 = 72,800円  
※50,000円以下の品物の場合、0と記入。

対象者が未成年の場合、原則として保護者が申請することができます。この場合において、「振込先」には「申請者」又は「助成対象者」の口座を記載してください。

請求権は、助成金の交付決定後に発生します。

\* 武蔵野市使用欄  
【本人確認実施職員】氏名