

# 記載例

様式第1号（第6条関係）

仙台市がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付申請書

〇年 〇月 〇日

（あて先）仙台市長

捺印を押します

ウィッグを必要としている方が18歳未満の場合、保護者の方が申請します

住所 仙台市青葉区国分町3-7-1

氏名 宮城 花子 印（続柄 本人） 印

内容を確認しチェック

シヤチハタ印は使用できません

仙台市補助金等交付規則第3条及び仙台市がん患者医療用ウィッグ購入費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。また、申請にあたっては、下記の内容に相違ありません。（□にチェック☑をしてください。）

暴力団等との関係を有していないことを誓約します。なお、説明を求められた際には誠実に対応いたします。

対象者	フリガナ	ミヤギ ハナコ		生年月日	
	氏名	宮城 花子		昭和平成	〇年〇月〇日
	住所	〒980-8671 仙台市青葉区国分町3-7-1		電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
がんの治療状況	医療機関名	〇〇〇〇総合病院		医療用ウィッグ購入費助成（他自治体実施含む）を受けたことがある場合は、申請できません	
	主治医名	□□□ □□			
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）			
がん治療を受けていることを証する書類	お薬手帳 ・ 診療明細書 ・ 治療計画書 ・ わたしのカルテ がん診療パス ・ その他（ ）				
ウィッグが必要な理由	就労のため ・ 社会参加のため ・ その他（ ）				
他の公的助成金受給の有無	無 ・ 有				
領収書記載の 本体価格（税込）	購入年月日		ウィッグ購入経費（税込価格）		
	〇年 4月 5日		領収書記載の総額 54,000 円		
申請金額の算定	ウィッグ本体の購入経費（税込）	アの1/2の額（1,000円未満切捨）	助成金上限額（20,000円）またはイのいずれか低い額		
	ア 39,960円	イ 19,000円	ウ	19,000 円	
助成金交付申請金額			19,000 円		

（計算式）ア 39,960円×1/2=19,980円  
⇒19,000円（1,000円未満切捨）

この欄は訂正できません

不明な場合はご相談ください

無 ・ 有

照会同意書及び税額確認票

仙台市がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付申請にあたり、仙台市が、助成金交付の資格審査のため、必要な範囲において、下記のとおり照会・確認することについて同意します。

（□にチェック☑をしてください。）**内容を確認しチェックします**

区 分	☑	照 会 ・ 確 認 事 項
助成対象者 <small>※対象者が18歳未満 のときはその保護者</small>	☑	① 仙台市住民基本台帳の記録に関する事項
	☑	② 仙台市市税納付状況（税目・税額・申告の有無等）に関する事項
	☑	③ 仙台市の市民税の課税状況に関する事項
対象者と 同一世帯の者	☑	④ 仙台市の市民税の課税状況に関する事項

※ 同意されない場合は、次の書類を添付して提出してください。（上記①～④に対応）

- ① 住民票の写し（世帯全員分）
- ② 市税の滞納がないことの証明書  
市税を10日以内に納付した場合は、納付状況を確認できない場合があるため、「市税の滞納がないことの証明書」の交付を受ける際に、領収書や通帳等納付した事実が分かる書類をお持ちください。
- ③・④ 当該年度の市・県民税課税証明書（世帯全員分）

※ いずれも手数料が必要になります。

※ いずれの書類も申請日前30日以内に交付を受けたものと限りません。

**住民票上の同一世帯の方全員記入します  
（本人が記入しない場合、記名押印してください）**

【署名欄】※同一世帯（住民票上の世帯）の方について、全員ご記入ください。

	氏 名	住 所	【 仙台市記入欄 】 市民税所得割年額 (税率6%適用額)
助成 対象者	宮城 花子 ※	仙台市青葉区国分町3-7-1	円
対象者 と同一 世帯の 者	宮城 太郎 ※	同 上	円
	仙台 一郎 ※	同 上	円
	仙台 素子 ※	同 上	円
	仙台 二男 ※		円
世帯市民税所得割年額の合計金額			円