様式第１号（第６条関係）

仙台市がん患者医療用ウィッグ・乳房補正具購入費助成金交付申請書（兼実績報告書）

令和　　年　　月　　日

（あて先）仙台市長

住所

　　　　　　　　　　　　　　申請者

氏名　　 　　　　　　　　 　　　（続柄　　　　）

|  |
| --- |
| 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・乳房補正具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 |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 昭和平成 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　－　　　　－ |
| がんの治療状況 | 医療機関名 |  |
| 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　・　治療方針計画書　・　わたしのカルテがん診療パス　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療用ウィッグ等が必要な理由 | 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 |
| 購入した医療用ウィッグ等 | 区　　分 |
| 医療用ウィッグ | ・ | 人工乳房（　右側　・　左側　） |
| ニップル（　右側　・　左側　） | ・ | パッド（　右側　・　左側　） |
| 購入年月日 | 購入経費（税込価格） |
| 令和　　年　　月　　日 | 円  |
| 申請金額の算定 | 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（医療用ウィッグ、人工乳房及びニップルは20,000円、パッドは10,000円）またはイのいずれか低い額 |
| ア円 | イ円 | ウ円  |
| 助成金交付申請金額 | 円  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【 仙台市記入欄 】\*この欄は記入しないでください。 | 市民税所得割年額（世帯合計・６％適用） | 円 | 市税の滞 納 | 無　・　有 |

様式第１号（第６条関係）別紙

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・乳房補正具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。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | ☑ | 照 会 ・ 確 認 事 項 |
| 助成対象者※対象者が18歳未満のときはその保護者 | □ | 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に限ります。

**【記名欄】※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 |  |  | 円 |
| 対象者と同一世帯の者 |  | 同上 | 円 |
|  | 同上 | 円 |
|  | 同上 | 円 |
|  | 同上 | 円 |
| 世 帯 市 民 税 所 得 割 年 額 の 合 計 金 額  | 円 |