

記入例①

記載事項を訂正する場合は二重線で消して、その上に記入してください

様式第1号（第6条関係）

仙台市アピアランスケア助成金交付申請書（兼実績報告書）

令和〇年 〇月 〇日

（あて先）仙台市長

住所 仙台市青葉区国分町3-7-1

申請者

氏名 宮城 花子（続柄 本人）

仙台市補助金等交付規則第3条及び仙台市アピアランスケア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		昭和〇年〇月〇日 平成	
	住所	〒980-8671 仙台市青葉区国分町3-7-1		電話番号 010-0△0△-□0△◇	
治療状況	医療機関名	〇〇〇〇総合病院			
	主治医名	□□□ □□	治療方法	手術・放射線・薬剤 ・その他（ ）	
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	医療用ウィッグ【がん以外 ニップル（右側 ・ 左側）		医療用ウィッグ・乳房補正具購入費助成（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		
	購入年月日		購入経費（税込価格）		
	令和〇年 〇月 〇日		領収書記載の総額 54,000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） またはアのいずれか低い額		
	ア 39,960円	イ 19,000円	ウ 19,000円		
助成金交付申請金額			19,000円		

領収書記載の
本体価格（税込）

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

この欄は記入しません

*この欄は記入しないでください。（世帯合計・6%適用）

記入例①

様式第1号（第6条関係）別紙

照会同意書及び税額確認票

仙台市アピランスケア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>※満18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者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

住民票上の同一世帯の方全員記入します

【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	宮城 花子	仙台市青葉区国分町3-7-1	この欄は記入しません
対象者と同一世帯の者	宮城 太郎	同上	
	仙台 一郎	同上	
	仙台 葉子	同上	
	仙台 二男	同上	
世帯市民税所得割年額の合計金額			

記入例②

記載事項を訂正する場合は二重線で消して、その上に記入してください

様式第1号（第6条関係）

仙台市アピアランスケア助成金交付申請書（兼実績報告書）

（あて先）仙台市長

対象者が“18歳に達する日以後の最初の3月31日まで
の間にある方”の場合、申請者は保護者になります

令和〇年 〇月 〇日

住所 仙台市青葉区上杉1-5-1

申請者

氏名 青葉 繁（続柄 父）

仙台市補助金等交付規則第3条及び仙台市アピアランスケア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	アオバ スズメ		生年月日	
	氏名	青葉 雀		昭和 平成	〇〇年 〇月 〇日
	住所	〒980-8782 仙台市青葉区上杉1-5-1		父携帯 電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
治療状況	医療機関名	〇〇〇〇総合病院			
	主治医名	□□□ □□	治療方法	手術・放射線・薬剤 ・その他（ ）	
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 ・ がん診療パス ・ その他（ ）		治療方針計画書	わたしのカルテ	
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	医療用ウィッグ【がん以外 ☑】		医療用ウィッグ・乳房補正具購入費助成（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		
	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）		
領収書記載の 本体価格（税込）	令和〇年 〇月 〇日		領収書記載の総額	48,000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 44,500円	イ 22,000円	ウ 限度額	20,000円	
助成金交付申請金額			20,000円		

（計算式）ア 44,500円 × 1/2 = 22,250円
⇒ 22,000円（1000円未満切捨）

この欄は記入しません

記入例②

様式第1号（第6条関係）別紙

照会同意書及び税額確認票

仙台市アピランスケア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・確認させていただきます。ご同意をお願いします。

（□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>※満18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者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

住民票上の同一世帯の方全員記入します

【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	青葉 雀	仙台市青葉区上杉1-5-1	この欄は記入しません
対象者と同一世帯の者	青葉 繁	同上	
	青葉 まつり	同上	
	青葉 文	同上	
世帯市民税所得割年額の合計金額			