様式第１号(第6条関係)

大網白里市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書（兼交付請求書）

年　　月　　日

（あて先）大網白里市長

　　　　　　　　　　　　　　　※１申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（自署の場合は押印不要）

　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者が未成年の場合には以下を記入してください。

（訂正用の捨印又は署名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （対象者との続柄　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （生年月日　　　　　年　　　　　月　　　　日）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　）

大網白里市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、大網白里市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第６条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ必要書類を添えて申請（請求）します。

・過去に他自治体や大網白里市において補整具等購入に係る同様の助成を受けていません。

・申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、及び国又は他地方公共団体の助成対象ではあり

　ません。

・この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、大網白里市が調査することに同意します。

・大網白里市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな | |  | | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | |
| 住　　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | ・日中連絡の取れる電話番号：　　　　（　　　）  ・メールアドレス（ある方のみ）： | | | | | | | | | | | | | |
| 診断名 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 助成対象費用 | 区分 | | ウィッグ | | | | | | | | | | 胸部補整具等 | | | |
| （毛付き帽子及び同時に申請するネット含む） | | | | | | | | | | 品名 | | | |
| 購入年月日  複数購入の場合は最も古い購入日を記載 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 購入合計額 | | ア　　　　　　　 円(税込) | | | | | | | | | | エ　　　　　　　 円(税込) | | | |
| 助成上限額 | | イ　　　 30,000　円 | | | | | | | | | | オ　　　 20,000　円 | | | |
| 助成対象額 | | 【ア又はイのいずれか低い額】  ウ　　　　　　 　円 | | | | | | | | | | 【エ又はオのいずれか低い額】  カ　　　　　　 　円 | | | |
| 申請（請求）額 | | | 円（※ウとカの合計額を記入してください） | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 【☑をつけ、添付もれがないかご確認ください】  □　医療機関の発行するがん治療に関する説明書や診断書または治療方針計画書等の**写し**（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛のおそれが見込まれることがわかる書類の**写し**）  □　補整具等の購入に係る領収書の**原本**（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）  □　振込先が確認できるものの**写し**  □　大網白里市暴力団排除条例に基づく誓約書 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先(申請者) | 金融機関名 | 銀行　信金  信組　農協 | | | | | | | | | | 本店  　　　　　　　　　　　支店 | | | | |
| 口座番号 | 普通  ・  当座 | |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人  (申請者と同一) | | | カナ | |  |
| 氏名 | |  |

※１　対象者が未成年の場合は、法定代理人（保護者等）が申請してください。

別記

大網白里市暴力団排除条例に基づく誓約書

私は、大網白里市が大網白里市暴力団排除条例(平成２４年条例第１８号)に基づき、暴力団を利することとならないよう、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成３年法律第７７号。以下「暴対法」という。)第２条第６号に規定する暴力団員(以下「暴力団員」という。)又は暴対法第２条第２号に規定する暴力団(以下「暴力団」という。)若しくは暴力団員と密接な関係を有する者を市の事務等から排除していることを承知したうえで、下記の者に該当せず、将来においても該当しないことを誓約します。

この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は申し立てません。また、大網白里市がん患者医療用補正具等購入費用助成事業交付要綱に基づく申請において、下記の者に該当しないことを確認するため、大網白里市からの調査に協力し、千葉県警察本部に照会することについて承諾します。

記

１ 法人等(個人、法人又は団体をいう。)の役員等(個人である場合はその者、法人である場合は役員又は支店若しくは営業所の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。以下「役員等」という。)が暴力団員である者

２ 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者

３ 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的にあるいは積極的に暴力団の維持運営に協力し、若しくは関与している者

４ 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている者

５ 役員等が、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している者

６ 前各号のいずれかに該当する者の依頼を受けて大網白里市がん患者医療用補正具等購入費用助成事業の申請を行う者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

(宛先)大網白里市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

様式第１号(第6条関係)

【記載例】

大網白里市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書（兼交付請求書）

令和〇年　〇月　〇日

（あて先）大網白里市長

　　　　　　　　　　　　　　　※１申請者　住　所　大網白里市大網１００番地２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな　　おおあみ　はなこ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　大網　花子　　　　　　　㊞

（自署の場合は押印不要）

　　　　　　　　　　　　　　　　　対象者が未成年の場合には以下を記入してください。

（訂正用の捨印又は署名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （対象者との続柄　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （生年月日　　　　　年　　　　　月　　　　日）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　）

大網白里市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、大網白里市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第６条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ必要書類を添えて申請（請求）します。

・過去に他自治体や大網白里市において補整具等購入に係る同様の助成を受けていません。

・申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、及び国又は他地方公共団体の助成対象ではあり

　ません。

・この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、大網白里市が調査することに同意します。

・大網白里市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな | | おおあみ　はなこ | | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | |
| 氏　　名 | | 大網　花子 | | | | | | | | | | | | 昭和○○年　〇月　〇日 | |
| 住　　所 | | 〒299－3251　　大網白里市大網１００番地２ | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | ・日中連絡の取れる電話番号：　０４７５（７２）８３２１  ・メールアドレス（ある方のみ）： kenko@city.oamishirasato.lg.jp | | | | | | | | | | | | | |
| 診断名 | | | ○○○○ | | | | | | | | | | | | | |
| 助成対象費用 | 区分 | | ウィッグ | | | | | | | | | | 胸部補整具等 | | | |
| （毛付き帽子及び同時に申請するネット含む） | | | | | | | | | | 品名 | | | |
| 購入年月日  複数購入の場合は最も古い購入日を記載 | | 令和〇年　〇月　〇日 | | | | | | | | | | 令和〇年　〇月　〇日 | | | |
| 購入合計額 | | ア　　※記入しない 円(税込) | | | | | | | | | | エ　　※記入しない 円(税込) | | | |
| 助成上限額 | | イ　　　 30,000　円 | | | | | | | | | | オ　　　 20,000　円 | | | |
| 助成対象額 | | 【ア又はイのいずれか低い額】  ウ　　※記入しない 円 | | | | | | | | | | 【エ又はオのいずれか低い額】  カ　　※記入しない 円 | | | |
| 申請（請求）額 | | | ※記入しない　　円（※ウとカの合計額を記入してください） | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 【☑をつけ、添付もれがないかご確認ください】  ✓  □　医療機関の発行するがん治療に関する説明書や診断書または治療方針計画書等の**写し**（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛のおそれが見込まれることがわかる書類の**写し**）  ✓  □　補整具等の購入に係る領収書の**原本**（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）  ✓  □　振込先が確認できるものの**写し**  □　大網白里市暴力団排除条例に基づく誓約書 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先(申請者) | 金融機関名  ✓ | 銀行　信金  ○○　　　　　信組　農協 | | | | | | | | | | 本店  　　　　○○　　　　　　支店 | | | | |
| 口座番号 | 普通  ・  当座 | | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 〇 | 口座名義人  (申請者と同一) | | | カナ | | オオアミ　ハナコ |
| 氏名 | | 大網　花子 |

※１　対象者が未成年の場合は、法定代理人（保護者等）が申請してください。

別記【記載例】

大網白里市暴力団排除条例に基づく誓約書

私は、大網白里市が大網白里市暴力団排除条例(平成２４年条例第１８号)に基づき、暴力団を利することとならないよう、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成３年法律第７７号。以下「暴対法」という。)第２条第６号に規定する暴力団員(以下「暴力団員」という。)又は暴対法第２条第２号に規定する暴力団(以下「暴力団」という。)若しくは暴力団員と密接な関係を有する者を市の事務等から排除していることを承知したうえで、下記の者に該当せず、将来においても該当しないことを誓約します。

この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は申し立てません。また、大網白里市がん患者医療用補正具等購入費用助成事業交付要綱に基づく申請において、下記の者に該当しないことを確認するため、大網白里市からの調査に協力し、千葉県警察本部に照会することについて承諾します。

記

１ 法人等(個人、法人又は団体をいう。)の役員等(個人である場合はその者、法人である場合は役員又は支店若しくは営業所の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。以下「役員等」という。)が暴力団員である者

２ 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者

３ 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的にあるいは積極的に暴力団の維持運営に協力し、若しくは関与している者

４ 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている者

５ 役員等が、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している者

６ 前各号のいずれかに該当する者の依頼を受けて大網白里市がん患者医療用補正具等購入費用助成事業の申請を行う者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和〇年　〇月　〇日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※申請日と同じ日付

(宛先)大網白里市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　大網白里市大網１００番地２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　大網　花子

※対象者が未成年者の場合、申請者が署名する。