

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 】	市民税所得割年額 （世帯合計・6%適用）	円	市税の 滞 納	無 ・ 有
*この欄は記入しないでください。				

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			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