

助成対象経費積算書兼同意書

(新見市アピアランスケア助成金)

助成対象者 氏名			
助 成 対 象 (購入したものの□にチェックを入れてください)		助成対象購入費 ①	①×1/2 (千円未満切捨て・ 上限3万円)
ウィッグ	<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 装着用ネット <input type="checkbox"/> 毛付き帽子	円	円
補整具等	<input type="checkbox"/> 補整パッド <input type="checkbox"/> 弾性ストッキング <input type="checkbox"/> 補整下着 <input type="checkbox"/> 弾性スリーブ <input type="checkbox"/> 専用入浴着 <input type="checkbox"/> 弾性グローブ <input type="checkbox"/> エピテーゼ(補整用人工物)	円	円
確認欄 (□にチェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 購入のために要した交通費・送料は含んでいません <input type="checkbox"/> 医療保険各法による医療に関する給付の対象となるものではありません <input type="checkbox"/> 国や地方公共団体が別に負担する対象はありません <input type="checkbox"/> 助成対象について、本市及び他地方公共団体等から一度も助成を受けたことはありません <input type="checkbox"/> 助成対象は、申請日の1年以内に支払いを行ったものです (※令和7年4月1日以降に購入したもの) <input type="checkbox"/> 助成対象の購入に係る領収書等(領収書同等の支払証憑、銀行発行の振込証明書等)及びその内訳書(購入者氏名、購入年月日、購入品名、購入金額、支払先名称等)の写しを添付しています		

助成の交付決定にあたり、新見市が住民基本台帳により確認を行うこと、必要な場合は、他の地方公共団体及び医療機関、購入先等に申請の有無や治療内容、購入内容等の照会を行うことについて同意します。

年 月 日

申請者署名 _____