

**※ご注意ください**

交付決定後、申請された内容が事実と異なることや、助成金交付の要件を満たさないことが明らかになった場合は、交付決定を取り消し、交付した助成金を返還していただきます。

**《申請書記載例》**

別記様式

山口県アピアランスケア推進事業助成金交付申請書兼実績報告書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

山口県知事 様

(申請者)

(〒 ○○○ - ○○○○ )

住 所 山口県○○市○○××-××

氏 名 山口 太郎

電話番号 ○○○ - ○○○ - ○○○○

(日中に連絡のできる電話番号を御記入ください)

山口県アピアランスケア推進事業助成金の交付を受けたいので、下記のとおり、申請するとともに、実績を報告します。

1 対象がん患者	氏 名	山口 太郎	
	住 所	山口県○○市○○××-××	
	生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和	○ 年 ○ 月 ○ 日 (○ 歳)
2 対象経費	購入費用	75,600円	
	購 入 日	令和 ○ 年 5 月 1 日	
3 交付申請額	30,000円		
4 確認事項 (該当するものに☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯員全員の市町村民税のうち所得割課税年額が23万5千円未満である <input checked="" type="checkbox"/> 申請に係る補整具の購入に対して、他の助成を受けてない <input checked="" type="checkbox"/> がん相談支援を受けている 相談医療機関名： ○○病院 直近の相談日： 令和 ○ 年 4 月 1 日		
	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書の写しなど対象補整具を購入したことが分かる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 診療明細書の写しなどがん治療を受療していることが分かる書類 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員全員の所得及び課税額を証明する市町村長が発行する書類		
6 振込先	金融機関名	銀行・金庫・組合 ○○ (その他： )	支店・支所・出張所 ×× (その他： )
	口座種別	1.普通 2.当座	
	口座番号	1 2 3 4 5 6	
	(フリガナ)	ヤマグチ タロウ	
	口座名義	山口 太郎	

申請書の記入日

申請者は、『対象がん患者本人』または『同一世帯の者』となります。

押印は不要ですが、押印がない場合、意思表示の確認のため電話等で問い合わせをすることがあります。

申請する補整具の本体価格(消費税を含む)を記載してください。

領収書等の日付を記載してください。

購入費の2分の1の額を記載してください。(上限3万円)

相談された、医療機関名(5参照)と相談日を記載してください。

申請者名義の口座を記載してください。