

草津市告示第 3 5 2 号

公示送達について

次の書類は、その送達を受けるべき者の居所等が不明で送達不能につき、介護保険法（平成 9 年法律第 1 2 3 号）第 1 4 3 条において準用する地方税法（昭和 2 5 年法律第 2 2 6 号）第 2 0 条の 2 の規定により公示送達する。

送達すべき書類は、草津市健康福祉部介護保険課に保管しており、送達を受けるべき者が請求したときは、いつでも交付する。

令和 6 年 1 2 月 2 日

草津市長 橋 川 渉

1 送達すべき書類

令和 6 年度 第 5 期介護保険料督促状

2 送達を受けるべき者の氏名および住所

別紙のとおり

3 上記の書類については、令和 6 年 1 2 月 9 日に送達があったものとみなす。

令和 6 年度第 5 期介護保険料督促状公示送達者名簿

No.	氏名	住所
1	山城 エツ子	草津市西渋川一丁目 1 8 番 1 号
2	楠 芳樹	草津市野路東三丁目 3 番 3 - 3 0 6 号 レドンダカサ玉川
3	万木 昇	草津市木川町 3 5 6 番地 1 5
4	須藤 賢治	草津市矢橋町 1 5 2 4 番地 1 4
5	DALIDA JOSE TECEBA	草津市西渋川一丁目 1 7 番 4 0 - 1 0 2 号コーポコスモ
6	DALIDA PURISIMA PRODIGO	草津市西渋川一丁目 1 7 番 4 0 - 1 0 2 号コーポコスモ

（令和 6 年 1 2 月 2 日揭示済み）

草津市告示第 3 5 3 号

草津市出産・子育て応援給付金支給事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のとおり制定する。

令和 6 年 1 2 月 2 日

草津市長 橋 川 渉

草津市出産・子育て応援給付金支給事業実施要綱の一部を改正する要綱

草津市出産・子育て応援給付金支給事業実施要綱（令和 5 年草津市告示第 1 1 号）の一部を次の表のように改正する。

（下線部分は改正部分）

別添 1－2

別記

様式第 1 号（第 5 条第 1 項関係）

草津市出産応援給付金申請書兼請求書

草津市長 宛

出産応援給付金の支給（妊婦一人につき 5 万円）を ☐ 希望します☐ 希望しません

裏面の【誓約・同意事項】に誓約・同意のうえ、申請します。

1. 申請・請求者（妊婦）

ふりがな			生 年 月 日
妊婦氏名			年 月 日
現住所			
日中連絡先	()		
妊娠届出日	年 月 日	出産予定日	年 月 日
妊娠届出日時点の住所地 (現住所と異なる場合)			

3. 請求額 円

4. 振込口座（1. の申請・請求者の口座とします）

※下記に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

【受取口座記入欄】（正確に記入してください。長期間出入金のない口座については、振込できない場合があります。）

金融機関名(ゆうちょ銀行除く)	金融機関コード	支店名	支店コード	分類	口座番号(右詰め)
1. 銀行 2. 信用金庫 3. 信用組合 4. 協同組合		1. A・支店 2. B・支店 3. 出張所		☐ 普通 ☐ 当座	
口座名義 (カナ)					

〔ゆうちょ銀行の場合〕 通帳の見開き左上またはキャッシュカード記載の記号・番号をお書きください。

口座名義 (カナ)	通帳記号	通帳番号(右詰め)
	1	*

※6桁目がある場合は、※欄に記入ください。

草津市出産応援給付金申請書兼請求書

【誓約・同意事項】

出産応援給付金の支給（妊婦一人につき 5 万円）を希望する場合は下記の全ての項目を確認し、
□にチェック（レ）してください。☐ 以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

- ①産科医療機関を受診し、医師による妊娠の事実の確認を受けました。
②産科医療機関等に必要時は妊娠状況などの確認を行うことを同意します。
③他の自治体で、出産・子育て応援ギフトによる出産応援ギフトの支給を受けていません。
④出産応援ギフトの支給状況などについて、他の自治体に確認することに同意します。
⑤妊娠前から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果等）について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。
⑥給付金支給後、本申請書の記載事項について虚偽があることが判明した場合や二重支給が発覚した場合には、給付金を返還します。

本申し立ての内容に相違ありません。

令和

年

月

日

申請・請求者氏名

添付書類 貼り付け用紙（別紙）には、下記の①、②を必ず添付してください。

① 申請者の「本人確認書類のコピー」

顔写真付き、現住所、氏名、生年月日の記載があるものは以下のうちいずれか 1 つ

※裏面にも記載がある場合、必ず裏面のコピーも添付してください

- ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 旅券（パスポート）
☐ 住民基本台帳カード ☐ 身体障害者手帳 ☐ その他（官公庁が発行する書類）

顔写真なし、現住所、氏名、生年月日の記載あるものは以下のうちいずれか 2 つ

※裏面に記載があるものは、必ず裏面のコピーも添付してください

- ☐ 住民票 ☐ 住民票記載事項証明書 ☐ 年金手帳 ☐ 国民健康保険証
☐ 国民健康保険証 ☐ 福祉医療費受給券 ☐ 自立支援受給者証
☐ 母子健康手帳 ☐ その他（官公庁が発行する書類）

② 振込口座が確認できる書類のコピー

金融機関・口座番号・口座名義人（カナ）が分かるもの

- ☐ 通帳のコピー

別添 2－1

様式第 2 号（第 7 条第 1 項関係）

草津市子育て応援給付金申請書兼請求書

草津市長 宛

子育て応援給付金の支給（児童一人につき 5 万円）を ☐ 希望します☐ 希望しません

裏面の【誓約・同意事項】に誓約・同意のうえ、申請します。

1. 申請・請求者（養育者）

ふりがな			生 年 月 日
氏名			年 月 日
現住所			
日中連絡先	()		

2. 出生児

ふりがな			生 年 月 日
氏名			年 月 日
住所			

3. 請求額 円

4. 振込口座（1. の申請・請求者の口座とします）

※下記に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

【受取口座記入欄】（正確に記入してください。長期間出入金のない口座については、振込できない場合があります。）

金融機関名(ゆうちょ銀行除く)	金融機関コード	支店名	支店コード	分類	口座番号(右詰め)
1. 銀行 2. 信用金庫 3. 信用組合 4. 協同組合		1. A・支店 2. B・支店 3. 出張所		☐ 普通 ☐ 当座	
口座名義 (カナ)					

〔ゆうちょ銀行の場合〕 通帳の見開き左上またはキャッシュカード記載の記号・番号をお書きください。

口座名義 (カナ)	通帳記号	通帳番号(右詰め)
	1	*

※6桁目がある場合は、※欄に記入ください。

草津市子育て応援給付金申請書兼請求書

【誓約・同意事項】

子育て応援給付金の支給（児童一人につき 5 万円）を希望する場合は下記の全ての項目を確認し、□にチェック（レ）してください。

☐ 以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

- ①他の自治体で、出産・子育て応援ギフトによる出産応援ギフトの支給を受けていません。
②子育て応援ギフトの支給状況などについて、他の自治体に確認することに同意します。
③妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果等）について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。
④給付金支給後、本申請書の記載事項について虚偽があることが判明した場合や二重支給が発覚した場合には、給付金を返還します。

本申し立ての内容に相違ありません。

年

月

日

申請・請求者氏名

添付書類 貼り付け用紙（別紙）には、下記の①、②を必ず添付してください。

① 申請者の「本人確認書類のコピー」

顔写真付き、現住所、氏名、生年月日の記載があるものは以下のうちいずれか 1 つ

※裏面にも記載がある場合、必ず裏面のコピーも添付してください

- ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 旅券（パスポート）
☐ 住民基本台帳カード ☐ 身体障害者手帳 ☐ その他（官公庁が発行する書類）

顔写真なし、現住所、氏名、生年月日の記載あるものは以下のうちいずれか 2 つ

※裏面に記載があるものは、必ず裏面のコピーも添付してください

- ☐ 住民票 ☐ 住民票記載事項証明書 ☐ 年金手帳 ☐ 資格確認証
☐ 福祉医療費受給券 ☐ 自立支援受給者証
☐ 母子健康手帳 ☐ その他（官公庁が発行する書類）

② 振込口座が確認できる書類のコピー

金融機関・口座番号・口座名義人（カナ）が分かるもの

- ☐ 通帳のコピー

別添 2－2
様式第 2 号（第 7 条第 1 項関係）

草津市子育て応援給付金申請書兼請求書

草津市長 宛

子育て応援給付金の支給（児童一人につき 5 万円）を ☐ 希望します
☐ 希望しません

裏面の【誓約・同意事項】に誓約・同意のうえ、申請します。

1. 申請・請求者（養育者）

ふりがな		生 年 月 日
氏名		年 月 日
現住所		
日中連絡先	()	

2. 出生児

ふりがな		生 年 月 日
氏名		年 月 日
住所		

3. 請求額 円

4. 振込口座（1. の申請・請求者の口座とします）
※下記に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

【受取口座記入欄】（正確に記入してください。長期間出入金のない口座については、振込できない場合があります。）

金融機関名(ゆうちょ銀行除く)	金融機関コード	支店名	支店コード	分類	口座番号(右詰め)
1. 銀行 2. 金庫 3. 信託 4. 信託 5. 信託 6. 信託		1. 本・支店 2. 本・支店 3. 支店等		☐ 普通 ☐ 当座	
口座名義(カナ)					

（ゆうちょ銀行の場合） 通帳の見開き左上またはキャッシュカード記載の記号・番号をお書きください。

口座名義(カナ)	通帳記号	通帳番号(右詰め)
	1	

※6桁目がある場合は、※欄に記入ください。

草津市子育て応援給付金申請書兼請求書

【誓約・同意事項】

子育て応援給付金の支給（児童一人につき 5 万円）を希望する場合は下記の全ての項目を確認し、□にチェック（レ）してください。

☐ 以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

- ①他の自治体で、出産・子育て応援ギフトによる出産応援ギフトの支給を受けていません。
②子育て応援ギフトの支給状況などについて、他の自治体に確認することに同意します。
③妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果等）について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。
④給付金支給後、本申請書の記載事項について虚偽があることが判明した場合や二重支給が発覚した場合には、給付金を返還します。

本申し立ての内容に相違ありません。

令和 年 月 日 申請・請求者氏名

添付書類 貼り付け用紙（別紙）には、下記の①、②を必ず添付してください。

- ① 申請者の「本人確認書類のコピー」
顔写真付き、現住所、氏名、生年月日の記載があるものは以下のうちいずれか 1 つ
※裏面等にも記載がある場合、必ず裏面等のコピーも添付してください
☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 旅券（パスポート）
☐ 住民基本台帳カード ☐ 身体障害者手帳 ☐ その他（官公庁が発行する書類）

顔写真なし、現住所、氏名、生年月日の記載あるものは以下のうちいずれか 2 つ

※裏面に記載があるものは、必ず裏面のコピーも添付してください

- ☐ 住民票 ☐ 住民票記載事項証明書 ☐ 年金手帳 ☐ 健康保険証
☐ 国民健康保険証 ☐ 福祉医療費受給券 ☐ 自立支援受給者証
☐ 母子健康手帳 ☐ その他（官公庁が発行する書類）

- ② 振込口座が確認できる書類のコピー
金融機関・口座番号・口座名義人（カナ）が分かるもの
☐ 通帳のコピー

草津市告示第 3 5 4 号

草津市不育症治療費助成金交付要綱の一部を改正する要綱を次のとおり制定する。

令和 6 年 1 2 月 2 日

草津市長 橋 川 渉

草津市不育症治療費助成金交付要綱の一部を改正する要綱

草津市不育症治療費助成金交付要綱（平成 2 4 年草津市告示第 1 8 3 号）の一部を次の表のように改正する。

（下線部分は改正部分）

改正後	改正前
第 1 条～第 5 条 《現行どおり》 第 6 条 《現行どおり》 (1)～(3) 《現行どおり》 (4) <u>申請者および配偶者（事実婚含む。）の市</u> <u>税等の完納を証する書類</u> (5)～(8) 《現行どおり》 2 ～ 4 《現行どおり》 第 7 条～第 8 条 《現行どおり》 別記様式第 1 号（第 6 条第 1 項関係） （別添 1 － 1 のとおり） 別記様式第 2 号 《現行どおり》 別記様式第 3 号 （別添 2 － 1 のとおり） 別記様式第 4 号～別記様式第 5 号 《現行どおり》 》	第 1 条～第 5 条 《省略》 第 6 条 《省略》 (1)～(3) 《省略》 (4) <u>夫および妻の市税等の完納を証する書類</u> (5)～(8) 《省略》 2 ～ 4 《省略》 第 7 条～第 8 条 《省略》 別記様式第 1 号（第 6 条第 1 項関係） （別添 1 － 2 のとおり） 別記様式第 2 号 《省略》 別記様式第 3 号 （別添 2 － 2 のとおり） 別記様式第 4 号～別記様式第 5 号 《省略》

付 則

（施行期日）

1 この要綱は、令和 6 年 1 2 月 2 日から施行する。

（様式に関する経過措置）

2 この要綱の施行の際現にあるこの要綱に規定する様式による用紙は、当分の間、所要の調整を加えて、これを使用することができる。

別添 1－1
別記
様式第 1 号(第 6 条第 1 項関係)
草津市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

草津市長 宛
年 月 日
住所 _____
申請者兼請求者 _____ 印

草津市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請し、請求します。
また、必要な場合は、医療機関に照会することに同意します。

	(ふりがな) 名 前	生 年 月 日	住 所
申請者		年 月 日	〒 _____ 電話 () _____
配偶者 (事実婚含む。)		年 月 日	〒 _____ 電話 () _____
申請金額 _____ 円		(1年度当たり300,000円上限)	
申請年数：通算 _____ 年		日	
振 込 先	金融機関	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) () 口座名義人
	口座番号	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ (右詰記入)	

- (注) 太枠の中を記入してください。
(添付書類)
- 不育症治療等実施医療機関等証明書
 - 不育症治療等実施医療機関等の発行する領収書
 - 婚姻関係または事実婚関係に関する申立書(別記様式第5号)
 - 申請者および配偶者(事実婚含む。)それぞれの市税等の完納を証明する書類
 - 滋賀県不育症検査費用助成検査受検証明書の写し(県要綱による助成を受けた場合に限る。)
 - 滋賀県不育症検査費用助成金承認決定通知書の写し(県要綱による助成を受けた場合に限る。)
 - 振込先通帳の写し
 - 個人番号届出書(別記様式第3号)
- ☐上記(3・4・7)の書類は、既に提出したものと同じですので省略します。

誓約および同意書	
本申請書において助成金の交付を申請する不育症治療について、他の市区町村で本助成金と同様の趣旨による助成金その他の給付を受けていないことを誓約します。	
また、本申請のために、子育て相談センター所長が私の住民登録の状況を閲覧することを承諾します。	
申請者	住 所 _____
	氏 名 _____
配偶者(事実婚含む。)	住 所 _____
	氏 名 _____

○承諾書
(本申請の治療開始日から申請日または申請年度において、草津市外に住所を有する場合のみ記入してください。)

①草津市不育症治療費助成金交付の可否決定に伴い、他市区町村(当該他市区町村を包括する都道府県を含む。))におけるこの助成金と同様の趣旨による給付の有無の確認が必要となるときには、市長が当該他市区町村へ照会し、当該他市区町村から回答を得ることを承諾します。	
	本申請の治療開始日から申請日または申請年度における住所地
申 請 者	1) _____
	2) _____
	3) _____
配 偶 者 (事 実 婚 含 む 。)	1) _____
	2) _____
	3) _____
年 月 日	
申請者 氏名 _____ 配偶者 氏名 _____ (事実婚含む。)	

別添 1－2
別記
様式第 1 号(第 6 条第 1 項関係)
草津市不育症治療費助成金交付申請書兼請求書

草津市長 宛
年 月 日
住所 _____
申請者兼請求者 _____ 印

草津市不育症治療費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり不育症治療費の助成を申請し、請求します。
また、必要な場合は、医療機関に照会することに同意します。

	(ふりがな) 名 前	生 年 月 日	住 所
夫		年 月 日	〒 _____ 電話 () _____
妻		年 月 日	〒 _____ 電話 () _____
申請金額 _____ 円		(1年度当たり300,000円上限)	
申請年数：通算 _____ 年		日	
振 込 先	金融機関	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) () 口座名義人
	口座番号	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ (右詰記入)	

- (注) 太枠の中を記入してください。
(添付書類)
- 不育症治療等実施医療機関等証明書
 - 不育症治療等実施医療機関等の発行する領収書
 - 婚姻関係または事実婚関係に関する申立書(別記様式第5号)
 - 夫婦それぞれの市税等の完納を証明する書類
 - 滋賀県不育症検査費用助成検査受検証明書の写し(県要綱による助成を受けた場合に限る。)
 - 滋賀県不育症検査費用助成金承認決定通知書の写し(県要綱による助成を受けた場合に限る。)
 - 振込先通帳の写し
 - 個人番号届出書(別記様式第3号)
- ☐上記(3・4・7)の書類は、既に提出したものと同じですので省略します。

誓約および同意書	
本申請書において助成金の交付を申請する不育症治療について、他の市区町村で本助成金と同様の趣旨による助成金その他の給付を受けていないことを誓約します。	
また、本申請のために、子育て相談センター所長が私の住民登録の状況を閲覧することを承諾します。	
(夫)	住 所 _____
	氏 名 _____
(妻)	住 所 _____
	氏 名 _____

○承諾書
(本申請の治療開始日から申請日または申請年度において、草津市外に住所を有する場合のみ記入してください。)

①草津市不育症治療費助成金交付の可否決定に伴い、他市区町村(当該他市区町村を包括する都道府県を含む。))におけるこの助成金と同様の趣旨による給付の有無の確認が必要となるときには、市長が当該他市区町村へ照会し、当該他市区町村から回答を得ることを承諾します。	
	本申請の治療開始日から申請日または申請年度における住所地
夫	1) _____
	2) _____
	3) _____
妻	1) _____
	2) _____
	3) _____
年 月 日	
夫氏名 _____ 妻氏名 _____	

別添2-1
様式第3号

個人番号届出書

草津市役所 宛

住 所
氏 名
電話番号

私の個人番号を次のとおり届出ます。

1. 個人番号および住所、生年月日等

個人番号（12桁）											
住 所 (住民票登録地)	〒 -										
氏名	フリガナ									生年月日	
	漢字氏名									年 月 日	

2. 届出書を市職員に~~対面~~提出していただく場合にご持参いただく物

番号確認	本人確認
①個人番号カード（顔写真付のカード）	
次のいずれか1つの書類	④免許証やパスポートなど顔写真付の公的機関が発行した物（i氏名、ii生年月日または住所が記載されているもの）
②通知カード	
③個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 など	⑤④が無い場合は 資格確認書 や年金手帳、 住民票、住民票記載事項証明書 などの2点以上の書類

別添2-2
様式第3号

個人番号届出書

草津市役所 宛

住 所
氏 名
電話番号

私の個人番号を次のとおり届出ます。

1. 個人番号および住所、生年月日等

個人番号（12桁）											
住 所 (住民票登録地)	〒 -										
氏名	フリガナ									生年月日	
	漢字氏名									年 月 日	

2. 届出書を市職員に~~対面~~提出していただく場合にご持参いただく物

番号確認	本人確認
①個人番号カード（顔写真付のカード）	
次のいずれか1つの書類	④免許証やパスポートなど顔写真付の公的機関が発行した物（i氏名、ii生年月日または住所が記載されているもの）
②通知カード	
③個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 など	⑤④が無い場合は 健康保険被保険者証 や年金手帳などの2点以上の書類

（令和6年12月2日揭示済み）

草津市告示第355号

草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付要綱の一部を改正する要綱を次のとおり制定する。

令和6年12月2日

草津市長 橋 川 渉

草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付要綱の一部を改正する要綱

草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付要綱（令和元年草津市告示第131号）の一部を次の表のように改正する。

（下線部分は改正部分）

改正後	改正前
第1条 《現行どおり》 第2条 《現行どおり》 (1) 《現行どおり》 (2) がんと診断され、その治療を行っていること。また、抗がん剤の治療（副作用）に伴い脱毛し、または手術による乳房切除を行った者であること。 (3) 《現行どおり》	第1条 《省略》 第2条 《省略》 (1) 《省略》 (2) がんと診断され、その治療を 行った、また は 行っていること。また、抗がん剤の治療（副作用）に伴い脱毛し、または手術による乳房切除を行った者であること。 (3) 《省略》

改正後	改正前
第 3 条 《現行どおり》 (1) 医療用等ウィッグ本体（医療用等ウィッグ装着時に皮膚を保護するためのネットを含み、本体価格に含まれない<u>付属品</u>や医療用等ウィッグのケア用品は含まない。）または帽子 (2) 《現行どおり》 第 4 条～第 8 条 《現行どおり》 別記様式第 1 号（第 5 条第 1 項関係） （別添 1－1 のとおり） 別紙様式第 2 号～別紙様式第 3 号 《現行どおり》	第 3 条 《省略》 (1) 医療用等ウィッグ本体（医療用等ウィッグ装着時に皮膚を保護するためのネットを含み、本体価格に含まれない<u>附属品</u>や医療用等ウィッグのケア用品は含まない。）または帽子 (2) 《省略》 第 4 条～第 8 条 《省略》 別記様式第 1 号（第 5 条第 1 項関係） （別添 1－2 のとおり） 別紙様式第 2 号～別紙様式第 3 号 《省略》

付 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和 6 年 1 2 月 2 日から施行する。

(様式に関する経過措置)

2 この要綱の施行の際現にあるこの要綱に規定する様式による用紙は、当分の間、所要の調整を加えて、これを使用することができる。

別添1ー1
別記
様式第1号(第5条第1項)

草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

草津市長宛 _____年__月__日

草津市がん患者の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、下記のとおり申請します。また、本申請のために、健康増進課長が助成対象者の住民登録の状況を閲覧することを承諾します。

申請者

住所 〒 _____
氏名 _____
生年月日 _____年__月__日(満__歳)
電話番号 (_____) _____

助成対象費用		医療用等ウィッグ本体、または帽子			乳房補整具
助成対象者	(フリガナ)				
	氏名				
	生年月日	年__月__日	電話番号	(_____) _____	
	住所	〒525-00 草津市			
がんの 治療状況	医療機関名				
	診療科		主治医氏名		
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他(_____)			
治療時期 ※注1)	治療開始	年__月__日から	治療終了	年__月__日まで	
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・その他(_____)			
補整具が必要な理由		がん治療による(脱毛・乳房の補整)のため			
他の公的助成金の受給の有無		有・無			
購入した 補整具	補整具の購入価額 (総額)	円			
	購入年月日 ※注2)	年__月__日			
振込先	金融機関名	銀行・信金・信組・農協			
	本・支店名	本店・(_____)支店・出張所・代理店			
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名義人				

※注1) 治療開始・終了時期どちらかを記載すること
※注2) 補整具の購入年月日を記入する際、申請する補整具が複数ある場合は購入日時が一番古いものを記入すること

【市使用欄】 届出する人 (下記顔写真付きのものは1つ・それ以外は2つ提示が必要)

☐ 本人確認 免許証・個卡・資格確認書・旅券・身障・シルバーほっと・他(_____) ☐ 代理人確認 (1)委任状 (2)免許証・個卡・資格確認書・他(_____)				
☐ 代理権確認 成年後見人:成年後見人登記証明書 / 任意代理人:(1)委任状 (2)助成対象者の本人確認書類(免許証・個卡・資格確認書・他(_____))				
申請金額の算定	補整具の購入価額(総額)	アの1/2の額	助成単価上限額またはイのいずれか低い額	助成金申請金額(ウ)
(上限10,000円)	ア 円	イ 円	ウ 円	円

受付者:

別添1ー2
別記
様式第1号(第5条第1項)

草津市がん患者のアピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

草 津 市 長 宛 _____ 年 _____ 月 _____ 日

草津市がん患者の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、下記のとおり申請します。また、本申請のために、健康増進課長が助成対象者の住民登録の状況を閲覧することを承諾します。



申請者

住 所 〒 _____

氏 名 _____ (印)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳)

電話番号 (_____) _____ - _____

助成対象費用		医療用等ウィッグ本体、または帽子		乳房補整具	
助成対象者	(フリガナ)				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	電話番号	()	-
	住 所	〒525-00 草津市			
がんの 治療状況	医療機関名				
	診療科		主治医氏名		
	治療方法	手術 ・ 放射線 ・ 薬剤 ・ その他()			
治療時期 ※注1)	治療開始	年 月 から	治療終了	年 月 まで	
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 ・ その他()			
補整具が必要な理由		がん治療による(脱毛 ・ 乳房の補整)のため			
他の公的助成金の受給の有無		有 ・ 無			
購入した 補整具	補整具の購入価額 (総額)	円			
	購入年月日 ※注2)	年 月 日			
振込先	金融機関名	銀行 ・ 信金 ・ 信組 ・ 農協			
	本・支店名	本店 ・ ()支店 ・ 出張所 ・ 代理店			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名義人				

※注1) 治療開始・終了時期どちらかを記載すること
※注2) 補整具の購入年月日を記入する際、申請する補整具が複数ある場合は購入日時が一番古いものを記入すること

【市使用欄】 届出する人 (下記顔写真付きのものは1つ・それ以外は2つ提示が必要)

□本人確認 免許証・個力・ 保険証 ・旅券・身障・シルバーほっと・他() □代理人確認 (1)委任状 (2)免許証・個力・ 保険証 ・他()				
□代理権確認 成年後見人:成年後見人登記証明書 / 任意代理人:(1)委任状 (2)助成対象者の 身元保証書 (免許証・個力・ 保険証 ・他())				
申請金額の算定	補整具の購入価額(総額)	アの1/2の額	助成単価上限額またはイのいずれか低い額	助成金申請金額(ウ)
(上限10,000円)	ア 円	イ 円	ウ 円	円

受付者:

(令和 6 年 1 2 月 2 日 揭示済み)

草津市告示第 3 5 6 号

草津市骨髓等移植ドナー助成金交付要綱の一部を改正する要綱を次のとおり制定する。

令和 6 年 1 2 月 2 日

草津市長 橋 川 渉

草津市骨髓等移植ドナー助成金交付要綱の一部を改正する要綱

草津市骨髓等移植ドナー助成金交付要綱（令和 2 年草津市告示第 2 5 4 号）の一部を次の表のように改正する。

（下線部分は改正部分）

改正後	改正前
第 1 条～第 3 条 《現行どおり》 （交付申請） 第 4 条 《現行どおり》 （1）《現行どおり》 ア～イ ウ <u>本人確認書類</u>の写し <u>エ 振込希望先金融機関の口座番号等が確認できる書類</u> <u>オ</u> その他市長が必要と認める書類 （2）《現行どおり》 ア～ウ <u>エ 振込希望先金融機関の口座番号等が確認できる書類</u> <u>オ</u> その他市長が必要と認める書類 2 《現行どおり》 第 5 条～第 7 条 《現行どおり》 別記様式第 1 号（第 4 条第 1 項関係） （別添 1－1 のとおり） 別記様式第 2 号（第 4 条第 1 項関係） （別添 2－1 のとおり） 別記様式第 3 号～別記様式第 4 号 《現行どおり》	第 1 条～第 3 条 《省略》 （交付申請） 第 4 条 《省略》 （1）《省略》 ア～イ ウ <u>健康保険被保険者証</u>の写し 《改正後に新設》 <u>エ</u> その他市長が必要と認める書類 （2）《省略》 ア～ウ 《改正後に新設》 <u>エ</u> その他市長が必要と認める書類 2 《省略》 第 5 条～第 7 条 《省略》 別記様式第 1 号（第 4 条第 1 項関係） （別添 1－2 のとおり） 別記様式第 2 号（第 4 条第 1 項関係） （別添 2－2 のとおり） 別記様式第 3 号～別記様式第 4 号 《省略》

付 則

（施行期日）

- この要綱は、令和 6 年 1 2 月 2 日から施行し、同日以降の骨髓等の提供に係る通院、入院および面談から適用する。

（様式に関する経過措置）

- この要綱の施行の際現にあるこの要綱による改正前の草津市骨髓等移植ドナー助成金交付要綱の様式による用紙は、当分の間、所要の調整を加えて、これを使用することができる。

別添 1－1
別記
様式第1号（第4条第1項関係）
草津市骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）
年 月 日
草津市長 宛

（申請者）住 所
氏 名
電 話 （ ） 印

草津市骨髄等移植ドナー助成金の交付について、草津市骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	年 月 日
勤 務 先	（電話番号）	
骨髄等提供日 時点での住所	〒 草津市	
骨髄提供日	年 月 日	
対 象 期 間	年 月 日から 年 月 日まで（うち対象 日分）	
申請費納付金額	円	

2 振込先（申請者本人以外の口座には振込みできません。）

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号
フリガナ		
口座名義人		

3 添付書類

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類
(2) 骨髄等の提供に係る通院、入院および面談をした日を証する書類
(3) **本人確認書類の写し（個人番号カードや運転免許証等の顔写真のあるものなら1点、資格証明書や介護保険の被保険者証等の顔写真のないものなら2点）**
(4) **振込希望先金融機関の口座番号等が確認できる書類**

誓約および同意書	
私は、私の所属する企業、団体等には骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていないことを誓約します。 また、私は審査に必要な情報（住居基本台帳、通院の状況、勤務先等）の提供、確認および調査に同意します。	
年 月 日	氏 名 印

注1 申請（請求）は、骨髄等の提供に係る通院・入院・面談の日数に2万円を乗じた額（上限14万円）です。

注2 助成金は骨髄等の提供に伴う経費の負担を軽減を目的としており、その他費用の負担に備えて発生した経費等を補てんするものではありません。

注3 申請（請求）は、骨髄等提供日から1年以内に行ってください。

別添 1－2
別記 **様式第1号（第4条第1項関係）**
草津市骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（ドナー用）
年 月 日
草津市長 宛

（申請者）住 所
氏 名
電 話 （ ） 印

草津市骨髄等移植ドナー助成金の交付について、草津市骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	年 月 日
勤 務 先	（電話番号）	
骨髄等提供日 時点での住所	〒 草津市	
骨髄提供日	年 月 日	
対 象 期 間	年 月 日から 年 月 日まで（うち対象 日分）	
申請費納付金額	円	

2 振込先（申請者本人以外の口座には振込みできません。）

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号
フリガナ		
口座名義人		

3 添付書類

- (1) 骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類
(2) 骨髄等の提供に係る通院、入院および面談をした日を証する書類
(3) **本人確認書類の写し**

誓約および同意書	
私は、私の所属する企業、団体等には骨髄等の提供に係る助成金等の交付を受けていないことを誓約します。 また、私は審査に必要な情報（住居基本台帳、通院の状況、勤務先等）の提供、確認および調査に同意します。	
年 月 日	氏 名 印

注1 申請（請求）は、骨髄等の提供に係る通院・入院・面談の日数に2万円を乗じた額（上限14万円）です。

注2 助成金は骨髄等の提供に伴う経費の負担を軽減を目的としており、その他費用の負担に備えて発生した経費等を補てんするものではありません。

注3 申請（請求）は、骨髄等提供日から1年以内に行ってください。

別添 2－1
様式第2号（第4条第1項関係）
草津市骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（勤務事業用）
年 月 日
草津市長 宛

（申請者）所 在 地
事 業 所 名
代表者氏名
電 話 （ ） 印

草津市骨髄等移植ドナー助成金の交付について、草津市骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

フリガナ ドナー氏名	生 年 月 日	年 月 日
ドナー住所 ※骨髄等 提供日時点	〒 草津市	
骨髄提供日	年 月 日	
対 象 期 間	年 月 日から 年 月 日まで（うち対象 日分）	
申請費納付金額	円	

2 振込先（申請者本人以外の口座には振込みできません。）

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号
フリガナ		
口座名義人		

3 添付書類

- (1) ドナーに対し骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類
(2) 在職証明書等ドナーとの雇用関係を証明する書類
(3) 骨髄等提供のため、ドナー休暇を取得した日数を確認できる書類
(4) **振込希望先金融機関の口座番号等が確認できる書類**

誓約および同意書	
本事業所は、審査に必要な情報（ドナーの休暇取得等）の提供、確認および調査に同意します。	
年 月 日	事業所名 代表者氏名 印

注1 申請（請求）は、骨髄等の提供に係る通院・入院・面談の日数に1万円を乗じた額（上限7万円）です。

注2 助成金は骨髄等の提供に伴う経費の負担を軽減を目的としており、その他費用の負担に備えて発生した経費等を補てんするものではありません。

注3 申請（請求）は、骨髄等提供日から1年以内に行ってください。

別添 2－2
様式第2号（第4条第1項関係）
草津市骨髄等移植ドナー助成金交付申請書兼請求書（勤務事業用）
年 月 日
草津市長 宛

（申請者）所 在 地
事 業 所 名
代表者氏名
電 話 （ ） 印

草津市骨髄等移植ドナー助成金の交付について、草津市骨髄等移植ドナー助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

フリガナ ドナー氏名	生 年 月 日	年 月 日
ドナー住所 ※骨髄等提 供日時点	〒 草津市	
骨髄提供日	年 月 日	
対 象 期 間	年 月 日から 年 月 日まで（うち対象 日分）	
申請費納付金額	円	

2 振込先（申請者本人以外の口座には振込みできません。）

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本 店 支 店 出張所
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号
フリガナ		
口座名義人		

3 添付書類

- (1) ドナーに対し骨髄バンクが発行する骨髄等の提供を行ったことを証する書類
(2) 在職証明書等ドナーとの雇用関係を証明する書類
(3) 骨髄等提供のため、ドナー休暇を取得した日数を確認できる書類

誓約および同意書	
本事業所は、審査に必要な情報（ドナーの休暇取得等）の提供、確認および調査に同意します。	
年 月 日	事業所名 代表者氏名 印

注1 申請（請求）は、骨髄等の提供に係る通院・入院・面談の日数に1万円を乗じた額（上限7万円）です。

注2 助成金は骨髄等の提供に伴う経費の負担を軽減を目的としており、その他費用の負担に備えて発生した経費等を補てんするものではありません。

注3 申請（請求）は、骨髄等提供日から1年以内に行ってください。

（令和6年12月2日揭示済み）

草津市告示第357号

草津市高額医療合算介護予防サービス費相当事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のとおり制定する。

令和6年12月2日

草津市長 橋 川 渉

草津市高額医療合算介護予防サービス費相当事業実施要綱の一部を改正する要綱

草津市高額医療合算介護予防サービス費相当事業実施要綱（平成29年草津市告示第320号）の一部を次の表のように改正する。

（下線部分は改正部分）

改正後	改正前
第1条～第4条 《現行どおり》 別記様式第1号（第4条第1項関係） （別添1－1のとおり） 別記様式第2号～別記様式第3号《現行どおり》	第1条～第4条 《省略》 別記様式第1号（第4条第1項関係） （別添1－2のとおり） 別記様式第2号～別記様式第3号《省略》

- 付 則
- （施行期日）
- 1 この要綱は、令和6年12月2日から施行する。
- （様式に関する経過措置）
- 2 この要綱の施行の際現にあるこの要綱に規定する様式による用紙は、当分の間、所要の調整を加えて、これを使用することができる。

別添1－1

別記

様式第1号（第4条第1項関係）

高額医療合算介護サービス費相当事業費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	支給申請書 受理番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日	性 別		国 人 番 号	
氏 名						計算期間の始期 および終期	年 月 日から 年 月 日まで
国民健康保険資格付帯							
保険者番号	被保険者番号	被保険者番号	続 柄	保険者名称	加入期間		
			1 世帯主 2 被用世帯主 3 世帯員		年 月 日から 年 月 日まで		
後援高齢者世帯資格付帯							
保険者番号	被保険者番号	広域連合名称			加入期間		
		年 月 日から 年 月 日まで					
介護保険資格付帯							
保険者番号	被保険者番号	保険者名称			加入期間		
		年 月 日から 年 月 日まで					
支給方法	口座管理 番号	金融機関コード	本店 支店 出張所	店 種 コード	種 目	口 座 番 号	振込口座 管理番号
口座振込	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合			1 普通預金 2 当座預金 9 その他	口 座 名 義 人	
保険者名							
加入期間		届付の自己負担額証明書整理番号					
年 月 日から 年 月 日まで							
保険者加入 順	1	年 月 日から 年 月 日まで		備考欄			
	2	年 月 日から 年 月 日まで					
	3	年 月 日から 年 月 日まで					

滋賀県草津市草津三丁目13番30号
草津市長 宛

① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護予防サービス費相当事業費）郵便番号 住所
の支給を申請します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも入れていただく。

高額介護合算療養費（高額医療合算介護予防サービス費相当事業費）の支給申請を行う場合、
①のみを入れていただく。

備考

この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

	枚中		枚目
--	----	--	----

別添1－2

別記

様式第1号（第4条第1項関係）

高額医療合算介護サービス費相当事業費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	支給申請書 受理番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日	性 別		国 人 番 号	
氏 名						計算期間の始期 および終期	年 月 日から 年 月 日まで
国民健康保険資格付帯							
保険者番号	被保険者番号	被保険者番号	続 柄	保険者名称	加入期間		
			1 世帯主 2 被用世帯主 3 世帯員		年 月 日から 年 月 日まで		
後援高齢者世帯資格付帯							
保険者番号	被保険者番号	広域連合名称			加入期間		
		年 月 日から 年 月 日まで					
介護保険資格付帯							
保険者番号	被保険者番号	保険者名称			加入期間		
		年 月 日から 年 月 日まで					
支給方法	口座管理 番号	金融機関コード	本店 支店 出張所	店 種 コード	種 目	口 座 番 号	振込先口 座管理番号
口座振込	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合			1 普通預金 2 当座預金 9 その他	口 座 名 義 人	
保険者名							
加入期間		届付の自己負担額証明書整理番号					
年 月 日から 年 月 日まで							
保険者加入 順	1	年 月 日から 年 月 日まで		備考欄			
	2	年 月 日から 年 月 日まで					
	3	年 月 日から 年 月 日まで					

滋賀県草津市草津三丁目13番30号
草津市長 宛

① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護予防サービス費相当事業費）郵便番号 住所
の支給を申請します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも入れていただく。

高額介護合算療養費（高額医療合算介護予防サービス費相当事業費）の支給申請を行う場合、
①のみを入れていただく。

備考

この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

	枚中		枚目
--	----	--	----

（令和6年12月2日揭示済み）