

様式第 1 号（第 6 条関係）

川越市アピアランスケア用品購入支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（提出先）
川越市長

申請者 住 所
氏 名
続 柄
電話番号

川越市アピアランスケア用品購入支援事業補助金の交付を受けたいので、川越市アピアランスケア用品購入支援事業補助金交付要綱第 6 条第 2 項の規定により、下記のとおり申請します。また、申請にあたり、次のことに同意します。

- ・申請内容の確認のために川越市が住民基本台帳等を照会すること
- ・申請書および添付書類の内容について医療機関及び購入先へ聴取及び照会すること

対象者	フリガナ		生年月日	
	氏名		電話番号	
	住所	〒		
がん治療の状況	医療機関名			
	疾患名			
	治療方法	・手術療法・薬物療法・放射線療法・その他（ ）		
種類	ウィッグ（保護ネット含む）		乳房補整具	
他からの助成	☐ 無 ☐ 有		☐ 無 ☐ 有	
購入日	年 月 日		年 月 日	
購入額（A）	円		円	
上限額（B）	10,000円		10,000円	
交付申請額 （A・Bの低いほう）	円		円	

振込先

金融機関名	銀行・金庫・農協・組合						
支店名 ※ゆうちょの場合は 支店番号				種目	普通 ・ 当座		
口座番号 ※0は省略しない							
口座名義人 （フリガナ）							

市確認欄

住民となった日	年 月 日	確認	
---------	-------	----	--

裏面あり

確 認 事 項

以下の項目を確認し、□にチェックを入れること

添付書類について	
□	がん治療を受けたまたは現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類（写し）を添付した。 （例）薬物療法に関する説明書、診断書又は治療方針計画書等
□	アピアランスケア用品を購入した際の領収書（写し可）を添付した。 ※次の項目が明記されているものに限りします。 ・助成対象者の氏名 ・購入日 ・品名（複数購入している場合は、明細を記載） ・金額（複数購入している場合はそれぞれの金額がわかること） ・領収書の発行元の名称・住所
□	振込先のわかる書類の写し（キャッシュカードや通帳）を添付した。 ※ゆうちょ銀行の場合、支店名は3桁の支店番号になります。 口座番号が0から始まる場合、省略せずに記載してください。
対象者について	
□	対象者は、申請日時点で川越市に住民票がある。