

裏面もあります。必ずご確認ください。

様式第1号（第6条関係）

川越市アピ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

健康管理課が受理した日となります。 → 令和〇年〇〇月〇〇日

(提出先)
川越市長

申請者 住所 川越市〇〇町△番地
氏名 時野 鐘子
続柄 本人
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

日中連絡のつく電話番号

川越市アピ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	トキノ カネコ	生年月日	昭和〇年〇月△日
	氏名	時野 鐘子	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	住所	〒350-〇〇〇〇 川越市〇〇町△番地		
がん治療の状況	医療機関名	ときも病院		
	疾患名	□□□がん		
	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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
購入日	■年 ■月 ■日	▲年 ▲月 ▲日		
購入額（A）	9,000 円	20,000 円		
上限額（B）	10,000 円	10,000 円		
交付申請額 （A・Bの低いほう）	9,000 円	10,000 円		

申請は種類ごとに1回のみです。

複数購入の場合は、最も古い領収書の日付を記入してください。

上限額に満たない場合でも申請は1回限りです。

複数購入の場合は、合計額を記入してください。

複数併せての申請が可能です。

振込先

金融機関名	さつまいも 銀行 ・金庫・農協・組合						
支店名 ※ゆうちょの場合は支店番号	さつまいも 支店			種目	普通 ・当座		
口座番号 ※0は省略しない	0	1	2	3	4	5	6
口座名義人 (フリガナ)	トキノ カネコ 時野 鐘子						

ゆうちょの場合は、口座番号の末尾の数字は記入しないでください。

例) ■■■■-01234561
記入しない

市確認欄

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

裏面あり

領収書の日付が年度内(4月1日～翌年3月31日)のものが申請できます。
年度末(3月31日)までに健康管理課に申請してください。

すべてに✓がつくか確認してください。
すべてに✓がつかない方は申請できません。

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	
<input checked="" type="checkbox"/>	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
<input checked="" type="checkbox"/>	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です。 <ul style="list-style-type: none">・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
<input checked="" type="checkbox"/>	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	
<input checked="" type="checkbox"/>	対象者は、申請日時時点で川越市に住民票がある。