

【記載例】成人の場合

様式第1号（第4条関係）

三郷市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼交付請求書

令和〇年 〇月 〇日

三郷市長あて

◎申請者・対象者・口座名義人は同一
◎ボールペンで記入

申請者 住所 三郷市花和田 638-1
フリガナ サンゴウ ミサト
(請求者) 氏 名 三郷 ミサト 印
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

朱肉印

対象者が未成年の場合は、以下も記入してください。
(対象者との続柄)

三郷市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

また、交付決定された際には、記載の振込先への振込を請求します。

この申請に対し、同種の助成を受けていないことを誓約するとともに、助成要件の確認のために、市が保有する個人情報を閲覧し、及び調査すること並びに必要なに応じて医療機関等へ問い合わせることに同意します。

対象者	フリガナ	サンゴウ ミサト	生年月日
	氏 名	☒ 申請者と同じ	19□□年 〇月 〇日
	住 所	☒ 申請者と同じ	
	電話番号	☒ 申請者と同じ	

2025年4月1日以降

助成対象費用	区分	ウィッグ等	胸部補整具等
	購入年月日	2025年 4月 2日	2025年 6月 1日
	購入合計額	17,980 円(税込)	9,200 円(税込)
	助成上限額	10,000 円	10,000 円
	助成対象額	ア 10,000 円	イ 9,200 円
	申請(請求)額	(アとイの合計額) 19,200 円	

修正不可

振込先	金融機関名	□□□	銀行 信金 信組 農協	□□□	本店 支店
	口座番号	普通 当座 〇〇〇	フリガナ	サンゴウ ミサト	
			口座名義人	三郷 ミサト	

添付書類	【確認した上で ☒ を付けてください】		
	☒ がん治療に伴い、頭部の脱毛又は身体の欠損が生じたことを証明する書類(診療明細書、診断書、治療方針計画書等)の写し		
	☒ アピアランスケア用品の購入に係る領収書(宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるものに限る。)		
	☒ 振込み先が確認できるもの		

【記載例】未成年の場合

様式第1号（第4条関係）

三郷市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼交付請求書

令和〇年 〇月 〇日

三郷市長あて

◎対象者が未成年の場合、申請者・
口座名義人は同一の親権者
◎ボールペンで記入

申請者 住 所 三郷市花和田 638-1
フリガナ サンゴウ ミサト
(請求者) 氏 名 三郷 ミサト 印
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

朱肉印

対象者が未成年の場合は、以下も記入してください。
(対象者との続柄 母)

三郷市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。
また、交付決定された際には、記載の振込先への振込を請求します。

この申請に対し、同種の助成を受けていないことを誓約するとともに、助成要件の確認のために、市が保有する個人情報を閲覧し、及び調査すること並びに必要に応じて医療機関等へ問い合わせることに同意します。

対 象 者	フリガナ	サンゴウ カイ	生年月日
	氏 名	☐ 申請者と同一 三郷 かい	20□□年 〇月 〇日
	住 所	☒ 申請者と同一	
	電話番号	☒ 申請者と同一	

2025年4月1日以降

助 成 対 象 費 用	区分	ウィッグ等	胸部補整具等
	購入年月日	2025年 4月 2日	2025年 6月 1日
	購入合計額	17,980 円(税込)	9,200 円(税込)
	助成上限額	10,000 円	10,000 円
	助成対象額	ア 10,000 円	イ 9,200 円
	申請(請求)額	(アとイの合計額) 19,200 円	

修正不可

振 込 先	金融機関名	□□□	銀行 信金 信組 農協	□□□	本店 支店
	口座番号	普通 当座 〇〇〇	フリガナ	サンゴウ ミサト	
			口座名義人	三郷 ミサト	

添 付 書 類	【確認した上で☑を付けてください】	
	☑ がん治療に伴い、頭部の脱毛又は身体の欠損が生じたことを証明する書類（診療明細書、診断書、治療方針計画書等）の写し	
	☑ アピアランスケア用品の購入に係る領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるものに限る。）	
	☑ 振込み先が確認できるもの	