

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

年 月 日

三 郷 市 長 あて

申請者 住 所
フリガナ
(請求者) 氏 名 印
電話番号

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		生年月日
	氏 名	☐ 申請者と同一	年 月 日
	住 所	☐ 申請者と同一	
	電話番号	☐ 申請者と同一	

助 成 対 象 費 用	区分	ウィッグ等	胸部補整具等
	購入年月日	年 月 日	年 月 日
	購入合計額	円 (税込)	円 (税込)
	助成上限額	1 0 , 0 0 0 円	1 0 , 0 0 0 円
	助成対象額	ア 円	イ 円
	申請 (請求) 額	(アとイの合計額) 円	

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	フリガナ
			口座名義人

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	