

様式第1号（第5条関係）

朝霞市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝霞市長

届出者 住所 _____
 氏名 _____ (続柄 _____)
 電話番号 _____

朝霞市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金の交付について、次のとおり申請及び請求します。なお、審査にあたり、市が住民基本台帳の情報や診療明細等の閲覧、医療機関やアピアランスケア用品購入先等へ照会することに同意します。

申請者 (対象者)	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒	電話番号	
がんの治療状況		疾病名		
		医療機関名		
購入したアピアランスケア用品	区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ等	<input type="checkbox"/> 乳房補整具等	
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入金額 (税込)	① 円	④ 円	
	上限額	② 10,000円	⑤ 10,000円	
	補助対象額	③ 円 【①と②を比較して低い額】	⑥ 円 【④と⑤を比較して低い額】	
交付申請額		円 【③+⑥の合計】		
申請に係る対象経費について、他の法令等に基づく同種の助成等並びに国又はその他の地方公共団体の補助対象ではありません。				<input type="checkbox"/>

【振込先】

金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	支店名	本店・支店・本所 支所・出張所
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

【添付書類】 下記書類の写しを添付してください。

- 申請者の本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード、パスポート等）
- がん治療を受けたことを証明する書類（治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等で対象者の氏名の記載されているもの）
- アピアランスケア用品の領収書等（品名、購入日、金額（内訳）、発行者が記載されているもの）
- 振込先金融機関が確認できる書類（通帳又はキャッシュカード）
- 委任状（申請者と振込先が異なる場合）※写しではなく、原本を添付してください。
 ※申請者が未成年で、振込先が保護者の場合は不要です。

市担当者記入欄

購入日時点の住民登録の確認	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	本市及び前住所地、その他の制度による補助	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
---------------	---	----------------------	---