

様式第1号（第6条関係）

（表）

桶川市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金申請書兼請求書

年 月 日

桶川市長

桶川市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金について、裏面の【誓約・同意事項】に誓約及び同意の上、申請及び請求します。

1 申請・請求者及び助成対象者

（助成対象者が未成年の場合は、法定代理人が申請・請求者となります。）

| | | | |
|--------|---|-----|-------|
| 申請・請求者 | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 年 月 日 |
| | 現住所 | 桶川市 | |
| | 日中連絡先 | | |
| | 購入日の住所地 (現住所と異なる場合) | | |
| 助成対象者 | <input type="checkbox"/> 申請・請求者と同じ場合は□にチェックしてください。以下枠内の記載は不要です。 | | |
| | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 年 月 日 |
| | 現住所 | | |

2 請求金額

| 区分 | 購入日 | 自己負担額 (A) | 上限額 (B) | 請求金額 (A又はBのいずれか少ない額) |
|---------|-------|--------------|------------|-------------------------|
| 医療用ウィッグ | 年 月 日 | 円 | 10,000 円 | 円 |
| 胸部補正具 | 年 月 日 | 円 | 10,000 円 | 円 |
| 請求金額合計 | | | | 円 |

裏面も必ず御確認ください。

(裏)

3 振込口座 (申請・請求者名義の口座を記載してください。)

| | | | |
|-------|-------------------|------|-----------|
| 金融機関名 | 銀行 信用金庫 () | 支店名 | 支店 () |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義人 | | |

【誓約・同意事項】

桶川市がん患者アピランスケア用品購入費助成金の交付を希望する場合は、下記の全ての項目を確認し、□にチェックしてください。

記

次の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約及び同意します。

- ① この申請の審査に当たり、住民基本台帳を確認することに同意します。
- ② 他の地方公共団体から同種の助成金等の交付を受けていません。
- ③ この申請の審査に必要な場合は、従前の住所地に過去の助成金等の交付状況を確認すること、医療機関に治療内容を確認すること及びアピランスケア用品の購入先に購入内容を確認することに同意します。
- ④ 偽りその他不正な手段等により助成金の交付を受けた場合は、当該助成金を返還します。

誓約・同意事項の内容に相違ありません。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請・請求者氏名 _____

(添付書類)

- 1 がん治療等により、アピランスケア用品が必要となること分かる書類 (診断書、治療計画書、診療明細書等) の写し
- 2 購入したアピランスケア用品の品名、購入日及び金額が分かる書類 (領収書等) の写し
- 3 本人確認書類 (マイナンバーカード、運転免許証等) の写し
- 4 振込口座を確認できるもの (通帳、キャッシュカード等) の写し