

八潮市アピ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

(宛先) 八潮市長

申請者 住 所
ふりがな
 (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)

八潮市アピランスケア用品購入費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

なお、助成要件の確認のために、市が保有する個人情報を見直し、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。

1 対象者

ふりがな		生年月日
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同一	年 月 日
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一	
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同一	

2 助成対象費用

区分	ウィッグ等	その他補整具
購入年月日 〔複数購入の場合は、最も古い購入日を記入〕	年 月 日	年 月 日
購入合計額	税込 円	税込 円
助成上限額	20,000 円	20,000 円
助成対象額	ア 円	イ 円
申請（請求）額	円（※アとイの合計額を記入してください。）	

3 振込先

金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店
口座番号	フリガナ	
	口座名義 (申請者と同一)	

4 添付書類及び確認事項

【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、クリニカルパス等）の写し
- 助成対象用具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。）
- 振込先が確認できるもの
- 過去に他の自治体で同様の助成を受けていません。