

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

令和●年 ●月 ●日

（宛先）八潮市長

申請者 住 所

八潮市中央1-2-1

ふりがな

（請求者）氏 名

こまつな
小松菜 ももこ

印

電話番号

048(995)3381



領収書の宛名に記載されている方が「申請者（請求者）」です。

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閲覧し、及び調査すること並びに必要な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	☒ 申請者と同一	生年月日
氏 名	☒ 申請者と同一	昭和 ○年 ○月 ○日
住 所	☒ 申請者と同一	
電話番号	☒ 申請者と同一	



「申請者（請求者）」ががん治療を受けている方ご本人でない場合は、対象者欄に実際治療を受けている方の氏名等をご記入ください。
※ご本人である場合は、レ点☑を入れてください。

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〕	令和△年 △月 △日	年 月 日
購入合計額	税込 20,000	税込 円
助成上限額	20,000	20,000 円
助成対象額	ア 20,000	
申請（請求）額	20,000	



金額を誤った場合は、訂正印での修正が出来ない為、お手数ですが再度申請書のご記入が必要です。

3 振込先

金融機関名	八潮 銀行 信金 信組 農協	八潮 本店 支店
口座番号	普通 1 2 3 4 5 6 7 当座	フリガナ コマツナ モモコ 口座名義 小松菜 ももこ (申請者と同一)

4 添付書類及び確認事項



振込先は「申請者（請求者）」になります。

【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。