

（第一面）

上尾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請求書

〇〇年〇〇月〇〇日

（宛先）

上尾市長

原則、【申請・請求者】と【口座名義人】は一致させてください。、裏面の誓
※異なる場合は健康保健センター（048-774-1411）までご相談ください。

フリガナ		アゲオ タロウ	生年月日	
申請・請求者	氏名	上尾 太郎	昭和〇年〇月〇日	
	現住所	上尾市春日〇-△-□	購入日に上尾市以外の市町村に在住していた場合はご記入ください。	
	日中連絡先	048-〇〇〇-〇〇〇〇		
	購入日の住所地 (現住所と異なる場合)			
助成対象者	☒ 申請・請求者と同じ場合は	原則、【申請・請求者】と【助成対象者】は同じです。対象者が未成年の場合など、申請・請求者と異なる際はご記入ください。		
	フリガナ			
	氏名			
	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)
ウィッグ等	年 日 日	円	10,000 円	円
補整具等	※記入不要です			円
		請求金額合計		円

裏面も必ず御確認ください。

(第二面)

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	〇〇〇〇 銀行 信用金庫 ()	支店名	〇〇〇 支店 ()
預金種別	普通・当座	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
フリガナ		アゲオ タロウ	
口座名義人		上尾 太郎	

(誓約・同意事項)

上尾市がん患者アピア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

チェックがない場合は助成金の交付ができません。

2 他の制度

助成金交付希望の方は必ずチェックをお願いします。

3 この申請の審査に必要な場合は、医療機関に治療内容を確認すること及びアピア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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

申請・請求者氏名 上尾 太郎

(添付書類)

- 1 がん治療により、アピアランスケア用品が必要となることが分かる書類（診断書、治療計画書、診療明細書等）の写し
- 2 申請日より1年以内に購入したアピアランスケア用品の品名、購入日及び金額が分かる領収書
- 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