

申請者（＝助成金の振込先名義人）が助成対象者本人の場合

様式1号（第5条関係）

所沢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

令和6年10月10日

- ・【申請者】は必ず助成対象者本人をお願いします。
- ・【口座名義人】の氏名と必ず一致させてください。
- ・運転免許証、マイナンバーカード（表面）等の本人確認書類写しを必ずご用意ください。

(申請者) 住 所 所沢市並木1-1-1
氏 名 所沢 太郎
(助成対象者との続柄 本人)
電話番号 080-1111-2222

所沢市がん患者アピア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（請求）

- ・申請者が助成対象者本人の場合、「住所」欄は□をチェックいただくのみで差し支えありません。
- ・「生年月日」を必ずご記入ください。

助成対象者	氏 名	☒ 申請者と同じ	生 年 月 日	平成 元 年 1 月 1 日生 (35 歳)			
	住 所	☒ 申請者と同じ 〒	電話番号 ()				
助成対象経費	・【助成対象経費】の欄は空欄をお願いします。 ※ ご記入いただいた数字に誤りがあった場合、訂正印による対応が不可能なため、再度申請書を作成いただくこととなります。 ・令和6年4月1日以降に購入いただいたアピアランスケア用品が本助成金の対象となります。 ・購入した日の翌日から起算して2年が経過すると申請ができませんのでご注意ください。 ・アピアランスケア用品の付属品及びメンテナンス用品（スタンド、ブラシ、シャンプー、クリーナー等）並びにこれらの購入に要した費用（送料等）は対象外となります。						
	助 成 限 度 額						
	円						
	円						
振込先	☒ 次のとおり ☐ 別添写しのとおり						
	金 融 機 関 名	〇〇	銀行 ・ 金庫 農協 ・ その他	△△ 本店 ・ 支店 出張所			
	種 別	☒ 普 通 ☐ その他 ()	フリガナ	トコロザワ タロウ			
	口 座 番 号	1	2	3	4	5	6

※ 添付書類

- (1) がんの治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し（治療同意書・診断書）
- (2) アピアランスケア用品の購入に要した費用が確認できる領収書等
- (3) 医療保険各法による給付及び他の補助制度を受けたことのわかる書類（給付決定通知書等）の写し