

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

年 月 日

(宛先)所沢市長

(申請者)住所
氏名
(助成対象者との続柄)
電話番号

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)します。なお、この申請に関して必要な事項について、市が、住民基本台帳、市税等の納付状況について確認し、必要に応じて他の自治体や他の制度による補助又は給付の状況について関係機関に照会することに同意します。

助成対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日生 (歳)	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 -	電話番号 ()		
助成対象経費	区分	ウィッグ等		補整具等	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入金額	ア	円	カ	円
	医療保険各法による給付及び他の補助制度の適用を受けた経費	イ	円	キ	円
	実支出額	ウ	円 (ア-イ)	ク	円 (カ-キ)
	助成限度額	エ	10,000円	ケ	10,000円
	助成対象額	オ	円 【ウ又はエのいずれか低い額】	コ	円 【ク又はケのいずれか低い額】
助成金申請額		円(オ+コの合計)			
振込先	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり				
	金融機関名	銀行・金庫 農協・その他		本店・支店 出張所	
	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他()	フリガナ <input type="checkbox"/> 座名義人		
	口座番号				

添付書類

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)

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

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わかる書類(給付決定通知書等)の写し