

申請者（＝助成金の振込先名義人）が助成対象者本人の「成年後見人」又は「未成年後見人」の場合

様式1号（第5条関係）

- ・【口座名義人】の氏名と必ず一致させてください。
- ・【申請者】が成年後見人又は未成年後見人の場合、それぞれ以下の書類を必ずご用意ください。

※ 写しのみお預かりし、原本は確認後にご返却いたします。

- （成年後見人）登記事項証明書（原本及び写し1部）
- （未成年後見人）戸籍謄本（原本及び写し1部）

商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) 住所 **所沢市小手指1-2-3**  
 氏名 **埼玉 一郎**  
 (助成対象者との続柄 **成年後見人**)  
 電話番号 **080-1111-2222**

交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請（請求）

- ・助成対象者本人の「氏名」「生年月日」を必ずご記入ください。
- ・申請者だけでなく、**助成対象者本人**の運転免許証、マイナンバーカード等の本人確認書類も必ずご用意ください。

助成対象者	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <b>所沢 太郎</b>	生年月日	平成 元 年 1 月 1 日生 ( 35 歳)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 <b>359-0042</b> <b>所沢市並木1-1-1</b>	電話番号	<b>042 ( 998 ) 1111</b>

・【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。

【 別添写しのとおり】をチェックいただいた場合は、通帳やキャッシュカード等、口座情報がわかる書類の写しを必ずご用意ください。

振込先	金融機関名	<input checked="" type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり	銀行 ・ 金庫 農協 ・ その他	△△ 本店 ・ 支店 出張所
	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ( )	フリガナ	<b>トコロザク タロウ セイネンコウケンニ サイタマ イチロウ</b>
	口座番号	口座名義人 <b>所沢 太郎 成年後見人 埼玉 一郎</b>		

※ 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わかる書類（給付決定通知書等）の写し