

東松山市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

東松山市長 宛て

申請者 住 所

氏 名

助成対象者との続柄

東松山市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、次のとおり関係書類を添えて申請します。
なお、当該申請の審査に当たり、必要な場合に、市が保有する個人情報を確認すること及び医療機関や購入店舗に照会することに同意します。

助成対象者	フリガナ						
	氏 名						
	生年月日						
	電話番号						
	住 所	〒					
		☐ 申請者と同じ					
過去における本事業による助成の有無		無 ・ 有		ウィッグ等 その他補装具	他市町村での助成や 他の法令に基づく同種の助成の有無	無 ・ 有	
助成対象費用	区 分	ウィッグ等		その他補装具			
	購 入 日	年 月 日		年 月 日			
	購 入 費 用	(ア) 円 (税込)		(イ) 円 (税込)			
	助 成 額 上 限	(ウ) 10,000円					
	助 成 金 額	(エ) アとウいずれか少ない方の額		(オ) イとウいずれか少ない方の額			
		円		円			
申請額		(エ)と (オ) の合計額		円			
添付書類	☐ 本人確認ができる書類（写しでも可）						
	☐ がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による身体の部位の変形・欠損（これらが生ずるおそれが見込まれることを含む。）を証明する書類の写し ※医療機関ががん治療に関して作成した治療方針計画書、同意書、診療明細書等						
	☐ 助成対象用品の購入に係る領収書及び明細書（助成対象者名、購入日、購入品目、購入金額、領収書発行者の記載があるもの）の写し						
	☐ 振込先口座の通帳（申請者名義）の写し						
振込先口座	金融機関名				本・支店名		
	預金種別	普通	フリガナ				
		当座	口座名義人				
	口座番号						

※助成対象用品を購入した日の翌日から起算して 1 年以内に申請してください。