

熊谷市アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

熊谷市長 宛

申請者 〒

住 所

ふりがな

氏 名

㊞

（自署の場合は押印不要）

対象者との続柄

生年月日 T・S
H・R

年

月

日

電話番号

（ ）

※対象者が未成年の場合は、法定代理人(保護者等)が申請してください

熊谷市アピアランスケア支援事業助成金の交付を受けたいので、熊谷市アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第5条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ必要書類を添えて申請(請求)します。

- ・この事業の実施に関し必要な住民基本台帳及び課税台帳等について、熊谷市が閲覧することに同意します。
- ・熊谷市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

対 象 者	ふりがな							生 年 月 日					
	氏 名	☐ 申請者と 同じ							☐ 申請者と 同じ	T・S H・R	年 月 日		
	住 所	☐ 申請者と 同じ	〒 熊谷市										
	連 絡 先	☐ 申請者と 同じ	・日中連絡の取れる電話番号：（ ） ・メールアドレス(ある方のみ)：										
疾 患 名													
助 成 対 象 費 用	区分	ウィッグ等						補整具等					
		・ウィッグ（頭皮保護用ネットを含む） ・帽子（毛付きのものを含む）						・胸部補整具（補整下着、乳房パット、人工乳房等） ・その他補整具（エビテーゼ等）					
	購入日 （複数購入の場合は最も 古い購入日を記載）	年 月 日						年 月 日					
	購入合計額	ア	円(税込)						エ	円(税込)			
	助成上限額	イ	10,000 円						オ	10,000 円			
助成対象額	【ア・イのいずれか低い額】						【エ・オのいずれか低い額】						
		ウ	円						カ	円			
申請(請求)額		円(※ウとカの合計額を記入してください)											
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 本店 農協・信組 支店											
	預金種別	普通 ・ 当座						口座名義人	カナ				
	口座番号								氏名				
添 付 書 類	【☑をつけ、添付漏れがないかご確認ください】												
	☐ 医療機関の発行するがん治療に関する説明書や診断書又は治療方針計画書等の写し (抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による部位の変形や欠損又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し)												
	☐ アピアランスケア用品の購入に係る領収書の原本 (宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの)												
	☐ 振込先が確認できるものの写し(通帳やキャッシュカード等の写し)												
	☐ 本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等) ※申請者と対象者が異なる場合は、双方の本人確認書類が必要です。												