

川口市アピアランス支援事業助成金交付申請書及び請求書

年 月 日

(あて先) 川口市長

関係書類を添えて、次のとおり、ウィッグ・胸部補整具の購入費に係る助成を申請します。なお、申請にあたり、次のことに同意します。

- ・申請者及び対象者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること。
- ・当該申請書及びその添付書類につき、医療機関及び購入先に対し、聴取及び照会すること。

申請者	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	住所	〒 川口市		
	電話番号	()		
対象者	次のいずれかに☑してください。 ※原則「申請者と同じ」です。裏面をご覧ください。 ☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる →対象者の項目を記載してください			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	住所	〒 川口市		
	電話番号	()		
がんの治療状況	医療機関名			
	疾患名			
	治療方法	・手術療法 ・薬物療法 ・放射線療法 ・その他 ()		
対象経費	補整具の種類	ウィッグ		胸部補整具
	購入日	年	月	日
	購入費	①	円 (税込)	②
	上限額	③	20,000円	④
	助成対象額	⑤	①又は③のいずれか低い額 円	⑥
	申請額	⑤+⑥ 円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協・組合		
	支店名	本店・支店・本所・支所・出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座名義 (カナ)			
	口座番号	※口座番号7桁です。「0」から始まる場合も「0」から記入してください ※振込先は「申請者」の口座を記載し、口座番号が記載された書類 (通帳やキャッシュカードの写し) を添付してください。		

※裏面もあります※

○ 確 認 事 項 ○

●以下の項目をご確認いただき、該当する場合は☑をしてください。

①添付書類について	
☐	がんの治療に伴う頭部の脱毛、乳房の変形、又はそれらのおそれが見込まれることを証明する書類であり、助成対象者の氏名及び医療機関等が記載されているもの（写し）を添付した。 （例）薬物療法に関する説明書、診断書、治療方針計画書等
☐	ウィッグ・胸部補整具を購入した際の領収証（原本）を添付した。 ※領収書には次の項目が記載されていることが必要です。 ・助成対象者（実際にウィッグ・胸部補整具を使用するかた）の氏名 ・購入日（令和7年10月1日以降の申請は過去6か月以内に購入したものに限る） ・品名（当該助成の対象であることがわかるよう記載） ・金額 ・領収証の発行元の名称（店の名称）・住所
②申請者（交付金を受け取るかた）・対象者（実際にウィッグ・胸部補整具を使用するかた）について	
☐	「対象者」は、申請日時点で川口市に住民票がある。
☐	「申請者」と「対象者」は、同一人物である。 ※ただし、次の場合は例外です。 ・「対象者」が未成年で、「申請者」が親権者（保護者）
☐	「申請者」、「対象者」とも暴力団員、暴力団員の配偶者、暴力団関係者ではない。
③助成対象経費について	
☐	補助を受けようとする補整具について、過去に本市又は他の地方公共団体から、同種の助成を受けたことがない。
④振込先について	
☐	振込先に指定した口座は「申請者」の口座である。 ※「ゆうちょ銀行」を振込先に指定されるかたは、次の項目にご注意ください。 ・他銀行から振込ができる支店名（3桁）・口座番号（7桁）を記入してください。 ・通帳に「記号」（5桁）と「番号」（8桁）しか記載されていない場合は、ゆうちょ銀行のホームページ等にてご確認ください。
☐	振込先の口座番号が記載された書類（通帳やキャッシュカードの写し）を添付した。

（提出先） 川口市保健所健康増進課（〒332-0026 川口市南町1-9-20）
（担当） 給付係 （電話） 048-256-1135