

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。

●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。

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。

「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。

| | | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|-------------------|----------|--|-------------------|---|
| 申請者 | フリガナ | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | | | () | 歳 | |
| | 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。 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 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 | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | | | () | 歳 | | |
| 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 | 化学療法 ・ 薬物療法 ・ 放射線療法 ・ 手術療法 ・ 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 | 年 | 月 | 日 |
| | 購入費 | ① | 円 (税込) | | ② | 円 (税込) | |
| | 上限額 | ③ | 20,000円 | | ④ | 20,000円 | |
| | 助成対象額 | ⑤ | ①又は③のいずれか低い額 円 | | ⑥ | ②又は④のいずれか低い額 円 | |
| | 申請額 | ⑤+⑥ 円 | | | ※申請期限は補整具を購入した日の翌月1日から起算して6か月以内です(郵送必着)。 | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫・農協・組合 | | 金融機関コード | | | |
| | 支店名 | 本店・支店・出張所 | | 支店コード | | | |
| | 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。 | | | | | | | |