

川口市がん患者ウイッグ購入費助成金交付申請書及び請求書

(申請日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(あて先) 川口市長

関係書類を添えて、次のとおり、ウイッグ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	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	〒 川口市
	電話番号	() ※日中つながりやすい番号を記載ください。
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。	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる →以下の項目も記載してください	
	ふりがな	
	氏名	
生年月日	年 月 日	
住所	〒 川口市	
電話番号	() ※日中つながりやすい番号を記載ください。	
対象経費	購入日	年 月 日
	購入費	(ア) _____ 円 (税込)
	上限額	(イ) 10,000円
	申請額	円 ※(ア)と(イ)の低い方の額を記載
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 フリガナ	
	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」の口座を記載してください。

○ 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	
<input type="checkbox"/>	がんの治療に関し、治療方針計画書等が交付されており治療を予定している若しくは現に受けている又は受けたことにより脱毛したことを証明する書類の写しを添付した。 (例) 薬物療法に関する説明書、診断書、治療方針計画書等
<input type="checkbox"/>	ウィッグを購入した際の領収書（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。 <ul style="list-style-type: none">・助成対象者（実際にウィッグを使用するかた）の氏名・購入日・品名（当該助成の対象であることがわかる記載。対象外の物が含まれている場合は、詳細な内訳（レシート等）を別途添付してください）・金額・領収書の発行元の名称（店の名称）・住所
<input type="checkbox"/>	「対象者」（実際にウィッグを使用するかた）が被成年後見人で、「申請者」（交付金を受け取るかた）が成年後見人の場合、その関係を証明する書類を添付した。
②申請者（交付金を受け取るかた）・対象者（実際にウィッグを使用するかた）について	
<input type="checkbox"/>	「対象者」は、申請日時点で川口市に住民票がある。
<input type="checkbox"/>	「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。 <ul style="list-style-type: none">・「対象者」が未成年で、「申請者」が親権者（保護者）・「対象者」が被成年後見人で、「申請者」が成年後見人・その他、やむを得ない事情（事前に地域保健センターへご相談ください）
<input type="checkbox"/>	「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	
<input type="checkbox"/>	川口市、川口市以外の自治体（都道府県や市区町村）から、ウィッグ購入費の補助・助成等をこれまで受けていない。
④振込先について	
<input type="checkbox"/>	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。 <ul style="list-style-type: none">・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。

(提出先)

川口市保健所地域保健センター（〒332-0026 川口市南町1-9-20）

(担当) 成人保健係（電話）048-256-2022