

石狩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

申請日 年 月 日

石狩市長 様

石狩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、石狩市アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。申請にあたり、本助成金の審査及び交付に必要な範囲で、石狩市が住民記録等の公簿確認を行うこと、並びに医療機関等へ照会すること、また他自治体等からの照会に回答することに同意します。

助成対象者	フリガナ					生年月日	年 月 日	
	氏名	※補整具を使用する人					印	(歳)
	住所	〒 石狩市				電話番号		
申請者	該当欄に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ <input type="checkbox"/> 代理申請者（下記記載） ※委任状等、追加の書類が必要になる場合があります（添付書類欄参照）						
	フリガナ					生年月日	年 月 日	
	氏名	助成対象者との続柄()					印	(歳)
住所	〒 石狩市				電話番号			
交付対象経費	対象区分 (ア)	① ウィッグ (助成金上限額：3万円)			② 胸部補整具 (助成金上限額：左右各5万円)			
	購入日	年 月 日			年 月 日			
	購入費用 (イ)	円 (税込)			円 (税込)			
交付申請額 (ウ)		(ア)又は(イ)のいずれか低い額			(ア)又は(イ)のいずれか低い額			交付申請合計額
		円			円			円
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 出張所			口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号							
添付書類		<input type="checkbox"/> がんと診断され、がんの治療を受けている(または受けた)ことを証明する書類の写し がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診断書、診療報酬明細書など、 がん治療に伴う脱毛や乳房の形の変化又はそれらの恐れが見込まれることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 購入した補整具の領収書の写し (助成対象者の氏名、購入年月日、品名、購入金額の記載があるもの) <input type="checkbox"/> 通帳の写し (助成金の振込先が確認できるもの) (代理申請の場合) ※助成対象者が18歳未満で、同居の保護者が申請者の場合は不要 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 助成対象者との続柄が確認できる及び代理人の本人確認書類の写し						
☑を付けて必要書類をご確認ください。								

※市記入欄		区分	(A) 申請金額	(B) 助成限度額	交付額(A)・(B)のうち少ない額	交付決定
<input type="checkbox"/> 窓口受	<input type="checkbox"/> 郵送受	ウィッグ	円	円	円	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付
<input type="checkbox"/> 押印	<input type="checkbox"/> 領収書	胸部補整具	円	円	円	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付
<input type="checkbox"/> 証明書	<input type="checkbox"/> 通帳					