

蕨市アピアランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

蕨市長 あて

申請者 住所
氏名
生年月日
電話番号

対象者が未成年の場合は、以下も記入してください。

対象者との続柄

蕨市アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり申請し、請求します。

なお、助成要件確認のため蕨市が保有する住民基本台帳等の公簿による確認及び医療機関等に照会することに同意します。

1 対象者 ☐申請者と同じ ☐申請者と異なる→以下の項目も記載してください。

氏 名		生年月日	年 月 日
電話番号		住 所	

2 助成対象となるアピアランスケア用品 ※令和 7 年 4 月 1 日以降の購入日のものが対象

該当(該当に○)	() ウィッグ等	() 乳房補整具等
購入日	年 月 日	年 月 日
購入費(税込)	円	円
上限額	20,000 円	20,000 円
申請額	円	円

3 振込先

金融機関名	支店名	銀行・信用金庫	支店・本店
口座種別		普通	当座
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

※ 添付書類

- (1) 薬物療法に関する説明書、診断書、治療方針計画書等のがん治療の内容が分かる書類の写し
- (2) アピアランスケア用品の購入を証明する書類の写し
- (3) 振込先口座が分かる通帳等の写し
- (4) 本人確認書類の写し
- (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類