

新座市アピランスケア用品購入費助成金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 日

(宛先) 新座市長

関係書類を添えて、次のとおり、アピランスケア用品購入費に係る助成金を申請します。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内容を確認すること。
- ・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	〒 新座市							
	電話番号	() ※日中つながりやすい番号を記載してください							
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。								
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ⇒ 対象者の項目の記載は必要ありません								
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる ⇒ 対象者の項目も記載してください								
	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	年 月 日							
対象経費	住所	〒 新座市							
	電話番号	()							
	購入日	年 月 日 ※1年以内が対象。購入品が複数ある場合、その中で古い日付を記入してください。							
	購入内容	<input type="checkbox"/> ①ウィッグ（頭皮保護ネット、毛付き帽子含む） 購入費 円(税込) <input type="checkbox"/> ②乳房補整具（補整下着、人工乳房、人工乳頭、補正パッド） 購入費 円(税込) ※補整下着とは、欠損部を補完する商品が対象となります。手術部を保護する目的の商品は対象となりません。							
	申請額	円 ※①及び②の各上限額10,000円と購入費を比較して低い金額が申請額となります。							
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							
	フリガナ								
	口座名義								
	口座番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 口座番号は7桁です ※振込先は「申請者」の口座を記載してください。 ※振込先が分かるもの(通帳の写し等)を添付してください。							

※裏面もあります※

○確認事項○

以下の項目を御確認いただき、提出前に☑を入れてください。

①添付書類について	
<input type="checkbox"/>	がん治療に関する診断書、治療方針計画書、同意書、薬物療法に関する説明書等の写しを添付した。 ※がん治療を予定している、現在受けている又は過去に受けたことが分かる書類を添付してください。
<input type="checkbox"/>	アピアランスケア用品を購入した際の領収書の写しを添付した。 ※領収書には次の項目が記載されていることが必要です。 ・対象者(アピアランスケア用品を使用する方)又は申請者(助成金を受け取る方)の氏名 ・購入日(購入日から1年以内のものが対象) ・品名(対象外のもの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 ・領収書発行元の名称、住所
<input type="checkbox"/>	「申請者」の本人確認書類の写しを添付した(窓口申請の場合は提示でも可)。 また、「対象者」と「申請者」が異なる場合、「申請者」の本人確認書類の写しと併せて下記の書類を添付した。 ・「対象者」が未成年で、「申請者」の親権者(保護者)が対象者と別世帯の場合は、関係を証明する書類 ・「対象者」が被成年後見人で、「申請者」が成年後見人の場合は、関係を証明する書類 ・その他やむを得ない事情で「申請者」が「対象者」から委任された代理人の場合は、委任状
②申請者、対象者について	
<input type="checkbox"/>	「対象者」は申請日現在で新座市に住民票がある。
<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。 ・「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
③助成対象経費について	
<input type="checkbox"/>	過去に、新座市又は新座市以外の自治体からアピアランスケア用品購入費の助成等を受けていない。
<input type="checkbox"/>	対象経費に送料その他アピアランスケア用品購入費以外の経費を含めていない。 また、購入時にポイントを利用した場合、ポイント利用後の金額(支払金額)を記載した。 ※保険適用となるアピアランスケア用品は助成対象外です。
④振込先について	
<input type="checkbox"/>	「申請者」の口座を振込先に指定した。
<input type="checkbox"/>	振込先が分かる通帳等の写しを添付した(窓口申請の場合は提示でも可)。 ※ゆうちょ銀行を振込先に指定する方は、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)と口座番号(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、ゆうちょ銀行に問い合わせるかゆうちょ銀行のホームページ等で確認してください。

【申請先及び申請方法】

保健センター窓口での申請、郵送申請又はオンライン申請で書類を提出してください。

(宛先) 新座市保健センター がん検診担当

〒352-0011 新座市野火止 2-9-37 TEL 048-481-2211