

第1号様式（第6条関係）

越谷市がん患者アピアランス支援補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

越谷市長 宛

申請者 住所
フリガナ
氏名
(補助対象者との続柄)
(電話番号)

下記により越谷市がん患者アピアランス支援補助金の交付を受けたいので、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第5条及び第18条第2項の規定により、関係書類を添えて申請します。

補 助 対象者	フリガナ 氏 名	☐ 申請者と 同じ		生年月日	年 月 日生 (歳)
	住 所	☐ 申請者と 同じ	〒 ー		
補助対 象経費	区 分	☐ ウィッグ等		☐ 乳房補整具等	
	領収日（代金支払日）	年 月 日		年 月 日	
	購 入 金 額 （ 税 込 ）	ア 円		カ 円	
	購 入 金 額 × 1 / 2	イ 円 【ア×1／2】（1円未満切捨）		キ 円 【カ×1／2】（1円未満切捨）	
	補 助 上 限 額	ウ 10,000 円		ク 10,000 円	
	補 助 対 象 額	エ 円 【イ又はウのいずれか低い額】		ケ 円 【キ又はクのいずれか低い額】	
補 助 申 請 額		円（エ＋ケの合計）			
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号		
	フリガナ				
	口座名義人				

【誓約・同意事項】 次の全ての事項について誓約・同意できる場合にのみ、補助金交付の対象となりますので、確認の上、□に『レ』を入れてください。

- ☐ 補助対象者の住所等について、住民基本台帳などにより確認することに同意します。
- ☐ 補助対象者は、上記の医療用補整具について、本市、国又は他の地方公共団体等から同種の補助を受けていません。
- ☐ 補助金の交付に関し、国又は他の地方公共団体等や医療機関等に照会することに同意します。

【添付書類】

- (1) 補助対象者の本人確認書類の写し（運転免許証（両面）、マイナンバーカード（表面）、パスポート等。代理申請の場合は、委任状等及び代理人の本人確認書類の写しを追加して提出すること。）
- (2) 薬物療法に関する説明書、診断書又は治療方針計画書等の写し
- (3) 医療用補整具の購入に係る領収書（補助対象者の氏名、領収日、品名及び購入金額の記載があるもの）

⇒☐ 領収書返却希望（希望者は□に『レ』を入れてください。）