

本庄市がん患者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

〇年 〇〇月 〇〇日

（あて名）本庄市長

住所 本庄市北堀1422-1

申請者氏名 本庄太郎

生年月日 昭和〇年 〇〇月 〇〇日

電話番号 0495-24-2003

申請者と対象者が同じ場合は☑し、
以下対象者欄の記入は不要です。

購入費助成金の交付を受
ける確認事項（住民基本

申請者と対象者が異なる場合は☑し、
以下対象者欄を記入してください。

査

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			

※対象者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。

2. がんの治療状況

医療機関名	〇〇病院
疾患名	〇〇がん
治療方法	・手術療法 ・薬物療法 ・放射線療法 ・その他（ ）

3. 対象経費

種類	<input checked="" type="checkbox"/> ウイッグ等	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部補整具等
他からの補助の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
購入品名	〇〇〇〇	〇〇〇〇
購入日	令和〇年 〇〇月 〇〇日	令和〇年 〇〇月 〇〇日
① 購入費用（税込）	<p>購入費用・申請額については、当課で内容を確認させていただきますので空欄でお願いします。 （ご記入いただいた数字に誤りがあった場合、再度提出をしていただく場合があります。）</p>	
② 助成限度額		
申請額		

4. 振込先

金融機関名	〇〇 銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店名	〇〇 支店 本店 出張所
口座種別	普通 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
（フリガナ）	ホンジョウ タロウ		
口座名義人	本庄 太郎		

原則対象者本人の口座となります。

※添付書類

- がんの治療を受けたこと又は現に受けていることを証明する書類の写し
- アピアランスケア用品の購入に係る領収書等の写し
- 助成金の振込先金融機関口座が確認できる書類（通帳、キャッシュカード等の写し）
- その他市長が必要と認める書類