

第1号様式（第5条関係）

志木市アピアランスケア用品購入補助金交付申請書

年 月 日

志木市長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 電話番号 _____

志木市アピアランスケア用品購入補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。
 なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細等の閲覧並びに補助金の交付に関し必要な関係機関へ照会することに同意します。

対象者	住所			
	氏名			
	生年月日			
がん治療等の状況	疾病名			
	医療機関名			
購入したアピアランスケア用品	種類 (該当に○)	医療用ウィッグ	胸部補整具	その他 ()
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額 (税込)	円	円	円
	上限額	10,000円	10,000円	10,000円
申請額の合計		円		
添付書類	<input type="checkbox"/> 診療明細書、治療方針計画書、お薬手帳などがん治療を証明する書類の写し、がん治療等に係る医師の証明 <input type="checkbox"/> アピアランスケア用品の領収書等の写し (品名、内訳、購入日、金額、発行元がわかるもの) <input type="checkbox"/> その他必要な書類			
申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付並びに国又は地方公共団体の助成対象ではありません。				<input type="checkbox"/>

【振込先】

金融機関名								
支店名								
預金種別 (該当に○)	普通・当座	口座番号						
フリガナ								
名義人								