

鴻巣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

令和8年 4月 10日

（宛先）鴻巣市長

申請者と助成対象者は同じ方になります。
※助成対象者が18歳未満、成年被後見人の場合、法定代理人による申請です。

住所 鴻巣市中央2-1
申請者 氏名 鴻巣 ひな
助成対象者との続柄 本人・（ ）
電話番号 048-543-1561

鴻巣市がん患者アピアランスケア用品購入費助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請及び請求します。なお、当該申請及び請求の審査に必要があるときは、市税の滞納の有無について調査すること及び医療機関に治療内容を確認することに同意します。

助成対象者	フリガナ	コウノス ヒナ	生年月日	●●年●月●日
	氏名	☒ 申請者と同じ		
	住所	☒ 申請者と同じ	電話番号	☒ 申請者と同じ
助成対象経費	物品名	ウィッグ等 ウィッグ 毛付き帽子 ネット その他 ()	胸部補整具等 人工乳房・ニップル・パッド・下着・その他 ()	
	購入年月日 (領収書の日付)	令和8年4月1日		
	購入費用	① 15,000 円 (税込)	・助成対象品が複数個の場合、合計額を記入 ・助成の対象品でないもの(送料、手数料、クーポンやポイント)は対象外	
	助成上限額	③ 10,000 円	④ 10,000 円	
	助成対象額	⑤ 10,000 円 ※①又は③のいずれか少ない方の額	⑥ 円 ※②又は④のいずれか少ない方の額	
	申請額	⑤ + ⑥		10,000 円
振込先	金融機関名	■■銀行	本・支店名	★★支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	コウノス ヒナ	ゆうちょ銀行の場合 本・支店名欄には「店名」を記入	
	口座名義人	鴻巣 ひな		

添付書類

- 治療方針計画書、診療明細書、治療によりアピアランスケア用品が必要であることを証する書類
- 購入したアピアランスケア用品の品名、購入日及び領収書の写し
- 本人確認書類の写し
- その他市長が必要と認める書類