

足立区アピアランスケア用品購入費用等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

提出先 足立区長

足立区アピアランスケア推進事業実施要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。なお、申請にあたり足立区が住民基本台帳を確認すること、必要がある場合に、関係医療機関や調剤薬局等へ診療明細等の診療情報を照会することについて同意します。また、本書類の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区職員が行うことに同意します。

申請者 (助成対象者)	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏名							
	住所	〒 ー 足立区						
電話番号				Eメール アドレス				
治療状況	疾病名	医療機関名		主治医名	治療方法			
					手術・放射線・薬剤 その他（ ）			
申請金額の算定								
購入等 したもの	ウィッグ・帽子・エピテーゼ・補整下着・弾性着衣・冷却用キャップ/グローブ/ソックス その他（ ）							
これまでの 助成回数	購入等経費の合計		助成上限額（10万円） または①のいずれか低い額		助成金申請額			
0回・1回・2回	① 円		② 円		② 円			
振込先	金融機関	1 銀行 3 組合 2 金庫 4 農協			1 本店 2 支店 3 出張所			
	預金種別	1 普通 2 当座 3 貯蓄		口座番号				
	口座名義人 ※上記申請者と同じ	(フリガナ) (氏名)						
※口座名義人が申請者以外の場合は、下記の委任状の記入が必要となります。 委 任 状 私は、上記口座名義人に足立区アピアランスケア用品購入費用等助成金の受領について委任します。 年 月 日 申請者氏名（自署）								
添付書類	☐ お薬手帳・診療明細書・治療方針計画書（写し）または医師意見書（原本）など、外見の変化が、がん等の疾病やその治療等を受けていることを証する書類 ☐ 領収書（原本）等、アピアランスケア用品の購入等を行った日付や購入金額及び購入日（レンタル又はリースの場合、利用額及び利用開始日）が確認出来る書類（書類には助成対象者の名前が記載されていること） ☐ 【クレジットカード・電子マネー（PayPay等）で購入した場合】付与されたポイント数がわかる書類（利用明細、アプリの決済画面の写し等）							