様式第１号（第５条関係）

熊谷市アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

令和 〇年 〇月 〇日

熊谷市長　宛

申請者　〒360-0816

住 所　熊谷市石原 3-27

ふりがな　くまがや　けんた

氏 名　熊谷　健太　㊞

（自署の場合は押印不要）

（訂正用の捨印又は署名）

対象者との続柄　夫

生年月日　T・Ⓢ H・R　〇〇年　〇〇月　〇〇日

電話番号　080（000）000

※対象者が未成年の場合は、法定代理人(保護者等)が申請してください

申請者氏名と対象者氏名が異なる場合は、別紙の委任状及び双方の本人確認書類が必要です。

複数購入の場合は合算した金額（税込）をご記入ください。ただし、シャンプー・ヘアケア用品・送料等の助成対象外の費用は除いてください。

申請者と同じ場合は、「□申請者と同じ」に☑してください。

交付を受けたいので、 金
いて確認・同意のうえ
課税台帳等について、熊谷
・熊　機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意しま

対象者	氏名	くまがや　はなこ □申請者と同じ　熊谷　花子		生年月日 □申請者と同じ	T・Ⓢ H・R　〇〇年〇月〇日
	住所	☑申請者と同じ	〒 熊谷市		
	連絡先	☑申請者と同じ	・日中連絡の取れる電話番号： ・メールアドレス(ある方のみ)：		
疾病名		乳がん			
助成対象費用	区分	ウイッグ等		補整具等	
		●ウイッグ（頭皮保護用ネットを含む） ・帽子（毛付きのものを含む）		●胸部補整具（装着、乳房パット、人工乳房等） ・その他補整具（エピテーゼ等）	
	購入日（複数購入の場合は最も古い購入日を記載）	令和8年　2月　1日		令和8年　2月　15日	
	購入合計額	ア　81，000円(税込)		エ　7，540円(税込)	
	助成上限額	イ　10，000　円		オ　10，000　円	
	助成対象額	【ア・イのいずれか低い額】 ウ　10，000円		【エ・オのいずれか低い額】 カ　7，540円	
申請(請求)額		17，540円(※ウとカの合計額を記入してください)			
振込先	金融機関名	●●●　銀行・金庫・農協・信組		■■■　本店・支店	
	預金種別	普通・当座		カナ	くまがや　はなこ
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		口座名義人	熊谷　花子

複数購入の場合は最も古い購入日をご記入ください。

申請（請求）額の修正はできません。金額を間違えた場合は、書類の書き直しが必要となります。

添付書類

【☑をつけ、添付漏れがないかご確認ください】

☑ 医療機関の発行するがん治療に関する**説明書**や**診断書**又は**治療方針計**
（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による部
見込まれることがわかる書類の**写し**）

☑ アピアランスケア用品の購入に係る領収書の**原本**
（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発

☑ 振込先が確認できるものの**写し**（通帳やキャッシュカード等の

☑ 本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）
※申請者と対象者が異なる場合は、双方の本人確認書類が必要です。