

川崎市アピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）川崎市長

川崎市アピアランスケア助成金交付事業の助成金交付を受けたいので、川崎市アピアランスケア助成金交付事業実施要綱第6条の規定により、必要書類を添えて申請します。

同意欄	次の事項について、確認・同意しました。			
	<input type="checkbox"/> 本事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報を、川崎市が調査することに同意します。			
	<input type="checkbox"/> 過去に川崎市や他の地方公共団体において、本事業と同様の助成を受けていません。			
	<input type="checkbox"/> 他制度において、本事業と同様の助成を受けることが出来ないことを確認しました。			
助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名		電話番号	
	住 所	〒		
申請者	助成対象者との関係	本人 保護者 代理人（続柄）		
	<input type="checkbox"/> 申請者は助成対象者本人です。（下記の申請者欄の記入は不要です）			
	<input type="checkbox"/> 助成対象者が18歳未満のため、保護者が申請します。			
	<input type="checkbox"/> 助成対象者が申請できないため、本事業助成金の申請に係る権限を、代理人に委任します。			
申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名		電話番号	
	住 所	〒 <input type="checkbox"/> 助成対象者と同じ		
助成申請額	区分	<input type="checkbox"/> ウィッグ類	<input type="checkbox"/> 胸部補整具・エピテーゼ類	
	購入日又はレンタル開始日	年 月 日	年 月 日	
	助成対象経費	円	円	
	助成上限額	30,000 円	30,000 円	
	助成申請額	円	円	

振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店	預金 種別	普通 当座	
	フリガナ	口座番号				
	口座名義人					