

令和8年4月1日

(あて先) 川崎市長

同意欄を確認し、チェックしてください。  
 同意しない場合、住民票の提出や、その他審査に当たり  
 市が必要と判断する書類について、別途提出を依頼する  
 ことがありますので、ご対応ください

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 川崎市が審査のため必要な範囲内において、国、他の地方公共団体、医療機関及びその他関係機関に対し資料の提供を求め、又は事実の確認若しくは聴取を行うことに同意します。			
	フリガナ	カワサキ タロウ	生年月日	平成22年1月1日(15歳)
	氏名	川崎 太郎	電話番号	044-200-3801
助成対象者	住所	〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地		
	助成対象者との関係に ○をつけてください			
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 checked="" 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。			
	フリガナ	カワサキ ハナコ	生年月日	昭和61年1月1日(40歳)
	氏名	川崎 花子	電話番号	044-200-3801
申請者	住所	〒		
	<input checked="" type="checkbox"/> 助成対象者と同じ それぞれの区分の申請毎に 申請書は1枚必要です			
助成申請額	区分	<input checked="" 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	令和8年4月1日		年 月 日
	助成上限額	30,000円		30,000円
	助成申請額	30,000円		
購入額と上限額のうち、低い方の額を記入				
振込先=申請者名義口座				

振込先	金融機関名	川崎	銀行	信金	川崎	本店	預金	普通				
			信組	農協		支店	種別	当座				
	フリガナ	カワサキ ハナコ				口座番号						
	口座名義人(申請者氏名)	川崎 花子				1	2	3	4	5	6	7