誓　約　書

①過去に、他の自治体で同様の助成金を受領したことはありますか。 （別の補整具であっても受領したことがある場合は「はい」となります。）	□　はい □　いいえ
①に「はい」と回答された場合、受領した助成金の内容についてご回答ください。なお、過去に同種別の補整具について助成金を受領している場合は**小平市がん患者アピアランスケア助成金の対象外**となります。 補整具の種別　□　1　医療用ウィッグ等（医療用ウィッグ、毛付き帽子） □　2　着用補整具（人工乳房、補整下着、弾性着衣） 自治体名　（　　） 申請日　（　　年　　月頃）	
②過去に、小平市がん患者アピアランスケア助成金で同種別の補整具について助成金を受領したことはありません。	□　はい
③今回申請する補整具の購入又は借用は、下記のいずれにも該当しません。 ・健康保険の適用 ・国や自治体が実施する他の制度による助成の対象	□　はい
④申請及び上記事項に関して不正があった場合や、支給要件を満たしていなかった場合には助成金を返還することに同意します。	□　はい

私は、小平市がん患者アピアランスケア助成金の申請内容及び上記内容に虚偽及び誤りがないことを誓約します。

年　　月　　日

申請者氏名

※申請者が署名しない場合は記名押印ください