

由利本荘市がん患者医療用補正具等購入費助成金交付申請書

年 月 日

由利本荘市長 様

※1(申請者) 住 所 由利本荘市

電話番号

氏 名

(対象者が未成年の場合 続柄)

関係書類を添えて次のとおり補正具購入費の助成金交付を申請します。
同要綱第2条により、申請日において、対象者が市内に住所を有することを住民基本台帳等の関係部署に照会することに同意します。また必要時、治療を受けた医療機関へ治療内容、また補正具等の購入先に購入内容を照会することに同意します。

対象者	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏 名		男 ・ 女	昭和・平成・令和 年 月 日
	住 所	〒 ー 由利本荘市	電話番号	
確認事項と添付書類 該当に☑つけてください。		<input type="checkbox"/> がんの化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書等 <input type="checkbox"/> 補正具の領収書(購入日、品目、金額のわかるもの) <input type="checkbox"/> 過去に当該申請にかかわる公的助成は受給していません		
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ(全頭用かつら)	乳房補正具等	
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入金額(A) (税込)	円	①補正パッドまたは人工乳房の金額 円	
			②補正機能を有する下着の金額 円	
			①と②の合計額 円	
	県補助対象額(B)	円 (上限15,000円)	円 (上限10,000円)	
	市助成対象額(A)-(B)	円	円	
市助成額(C)	円 (上限10,000円)	円 (上限10,000円)		
交付申請(請求)額(B)+(C)		(ア) 円	(イ) 円	

由利本荘市がん患者医療用補正具等購入費助成金交付請求書

請求日 年 月 日

申請者と下記口座名義人※2(債権者)は同一であり、下記のとおり請求します。

助成金請求額 (ア)+(イ) 円

請求者	住所	氏名		
※2 振込先	金融機関	銀行 信金 ゆうちょ 信組 農協 銀行 ※3	本店 支店	
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

注) 太枠の中を記入してください。申請可能な補正具は、今年度中及び昨年度中に購入したものです。

- ※1 申請者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
※2 振込先は、申請者の口座になります。
※3 ゆうちょ銀行を指定する場合は、通帳の写しが必要となります。