

様式第1号(第5条関係)

由利本荘市がん患者医療用補整具等購入費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

由利本荘市長様

(申請者) 住 所 由利本荘市

氏 名 印

※1(助成対象者との続柄)

電 話 ( )

補整具等の購入費助成金の交付を受けたいので申請(請求)します。

対象 (児) 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏 名		男・女	年 月 日
	住 所	〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 由利本荘市		
がんの治療状況		医療機関名	主治医名	治療方法 手術・放射線・薬剤 その他( )
がん治療を受けている ことを証明する書類	・診療明細書 ・治療方針計画書 ・お薬手帳 ・その他( ) *該当するところを○で囲んでください。			
補整具等の種類	・乳房補整下着及び胸部補整具(右・左) ・ウイッグ等(頭髪補整具)			
補整具等の購入日	年 月 日	購入金額	円	
他の公的助成金 受給の有無	有 (助成額 : 円) 無			
助成金申請(請求)金額	*購入金額の1/3 又は10,000円のうち低い額 円			

※2 振 込 先	金融機関	銀行 信金 ゆうちよ ※3 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		

※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 ゆうちよ銀行を指定する場合は、通帳の写しが必要となります。

(同意事項)

同要綱第2条により、補整具等の購入日及び申請日において、対象者が市内に住所を有することを確認するため、また、対象者が未成年の場合の確認を住民基本台帳等の関係部署に照会することを同意します。