

可児市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

可児市長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____
対象者との続柄 _____
電話番号 _____

可児市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

下記について同意します（□にチェックをしてください。）。

☐ 助成金の交付申請に当たり必要があるときには、市長が住民基本台帳を閲覧することや関係機関に調査・照会すること。

対象者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒 電話番号 — —		
がんの 治療状況	医療機関名 及び診療科			
	主治医名			
	治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 その他（ ）		
がんの治療を受けている ことを証する書類の写し	診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ がん医療連携クリティカルパス ・ その他 ()			
当該補正具の費用について他都 道府県や他市町村の助成金受給 の有無	無 ・ 有（自治体名： ）			
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ		乳房補正具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄)		(続柄)
	購入費用	ア 円 (税込)		ウ 円 (税込)
	助成対象額	イ (ア又は 20,000 円のいずれか少ない方の額) 円		エ (ウ又は 20,000 円のいずれか少ない方の額) 円
助成金交付申請金額 (※イとエの合計額を記入してください。)				円
振込先 指定口座 (申請者の名義)	ふりがな			
	口座名義			
	金融機関名		店舗名	
	口座種別		口座番号	

(添付書類)
1. 当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の写し (宛名、購入日、購入金額、金額内訳、医療用ウィッグ購入の場合は全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの)