

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 印

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。

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

対象者	フリガナ			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		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	全頭用ウィッグ		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、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)

2. 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類の写し