

瑞浪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

瑞浪市長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ (続柄 _____)

関係書類を添えて下記のとおり、がん患者医療用補正具購入費の助成を申請します。

また瑞浪市がん患者医療用補正具購入費助成金交付の審査のため、担当職員が住所情報を確認することについて同意します。

対象者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日 (歳)
	住 所	〒509- 瑞浪市 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の助成金受給の有無			無 ・ 有
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)	エ 円 (税込)
	購入費用の1/2の額	イ (アの1/2の額、1,000円未満切り 捨て) 円	オ (エの1/2の額、1,000円未満切捨て) 円
	助成対象額	ウ (イ又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円	カ (オ又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円
助成金交付申請金額 (※ウとカ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)	フリガナ		
	口座名義		
	金融機関名	店舗名	
	口座種別	口座番号	

注) 太枠内をご記入ください。

申請受理年月日 年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日 年 月 日	受給者番号
------------------	-------------------------	-------

(添付書類)・領収書 (医療用補正具購入日、購入費用の額及び氏名が確認できるもの) の原本
・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