様式第1号（第5条関係）

小矢部市がん患者補正具助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 小矢部市長

小矢部市がん患者補正具助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 市が医療機関・購入先に対し、治療内容・購入内容を照会すること。
- 本申請に係る必要事項の確認のため、担当職員が住民票を閲覧し、市税等の納税状況について税務関係課から報告を求めること。

申請者※1	ふりがな			助成対象者との続柄		
	氏名					
	住所	〒		電話 () -		
助成対象者	ふりがな		性別	生年月日(申請時における年齢)		
	氏名		男・女	年 月 日 (歳)		
	住所 (申請者と同一の場合は記載不要)	〒		電話 () -		
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ(保護用ネット含む)		乳房補正具(右・左)		
	購入日	年 月 日		年 月 日		
	購入費用(A)※2	円(税込)		円(税込)		
	助成額	ウィッグ 40,000円未満 乳房補正具 20,000円未満	購入費用(A)が40,000円未満の場合 (B)=(A)×1/2*1,000円未満切捨て、(C)=(B)×1/2		購入費用(A)が20,000円未満の場合 (B)=(A)×1/2*1,000円未満切捨て、(C)=(B)×1/2	
			①	(B)+(C) 円	④	(B)+(C) 円
		ウィッグ 40,000円~59,999円 乳房補正具 20,000円~39,999円	購入費用(A)が40,000~59,999円の場合 (B)=(A)×1/2*1,000円未満切捨て		購入費用(A)が20,000~39,999円の場合 (B)=(A)×1/2*1,000円未満切捨て	
	②	(B)+10,000円 円	⑤	(B)+5,000円 円		
ウィッグ 60,000円以上 乳房補正具 40,000円以上	購入費用(A)が60,000円以上の場合		購入費用(A)が40,000円以上の場合			
③	40,000円 円	⑥	25,000円 円			
助成申請額(①~⑥の合計)		円				
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所	預金種別 普通・当座	
	口座番号			フリガナ 口座名義人		
添付書類		☐ がん治療を受療している又は受療していたことが分かる書類 (化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等) ☐ 補正具の領収書等、購入した金額及び商品が分かる書類 ☐ 同種の他の助成金等を受けている場合は、その交付の額が分かる書類				

※1 助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に保護者の氏名等を記入。

※2 同種の他の助成金等を受けている場合は、その交付の額を差し引いた額を記入。