

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	印			
	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に記載不要)	〒		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※2(A)	円 (税込)		円 (税込)	
	(A)の1/2の額(B)	円 ※1,000円未満切り捨て		円 ※1,000円未満切り捨て	
	助成限度額(C)	20,000 円		左右 各10,000 円	
	(B)または(C)のいずれか低い額	①	円	②	円
助成申請額(①+②)		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		<input type="checkbox"/> ① 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) <input type="checkbox"/> ② 補正具の領収書等、購入した金額及び商品が分かる書類 <input type="checkbox"/> ③ 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。