

様式第 1 号(第 5 条関係)

能美市がん患者補正具等購入費助成金申請書兼請求書

年 月 日

能美市長 宛て

申請者 住 所
氏 名
対象者との続柄
電話番号 ()

能美市がん患者補正具等購入費助成事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で市が住民基本台帳の確認及び医療機関・購入先に対し内容を照会することに同意します。

助成対象者	フリガナ			生年月日
	氏 名			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) ※他の助成金の額を除く	円(税込)		円(税込)
	(A)の 1/2 の額 (B)	円 1,000 円未満切捨て		円 1,000 円未満切捨て
	助成限度額 (C)	30,000 円		左右 各 20,000 円
	(B)又は(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 信用金庫 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 (原則、対象者と同一)			
添付書類		☐ がん治療を現に受けている又は受けていたことがわかる書類 (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、購入した日、金額及び商品がわかる書類 ☐ 同種の他の助成金を受けている場合は、その交付の額がわかる書類 ☐ 通帳の写し等、振込先の情報がわかる書類		