

平川市がん患者医療用補整具購入費助成事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 平川市長 様

申請者 住所

氏名 _____

(対象者が未成年の場合 続柄 _____)

電話番号 _____

平川市がん患者医療用補整具購入費助成金の交付を受けたいので、平川市がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、助成金の交付の決定があったときは、次の振込先に助成金を交付するよう請求します。

なお、平川市が住所等の確認のため、私の住民記録の閲覧や必要がある場合には医療機関や購入先に対して、照会することについて同意します。

対象者	フリガナ		生年月日	S・H・R	年 月 日 (歳)
	氏名				
	住所	〒 _____			
		電話番号		- -	
購入した補整具 ※該当するものを○で囲む	種類	購入年月日	補整具購入経費 (税込)		
	1 医療用ウィッグ 2 胸部補整具	年 月 日	ア _____ 円		
他からの助成の有無 ※いずれかを○で囲む	有 ・ 無				
申請金額の算定	補整具購入経費 (税込)	アの2分の1の額 ※1,000円未満切捨て		助成金額上限額3万円 又はイのいずれか低い額	
	ア _____ 円	イ _____ 円	ウ _____ 円		
助成金交付申請額		_____ 円			
振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店 本所・支所		
	種 別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				

(注意事項)

- 補整具の種類ごとに、申請書兼請求書を1枚提出すること。
- 「振込先」は、「対象者」又は「対象者の保護者（対象者が未成年の場合）」の名義に限ります。

(添付書類)

- がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類（診断書、診療明細書等）又はその写し
- 補整具を購入したことを証明する書類（領収書等の原本）
- 振込を希望する銀行口座が確認できる書類の写し
- 本人を確認できる書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証等）