

様式第1号（第5条関係）

## 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

申請書を提出する日を記入してください。

令和〇年 〇月 〇日

(宛先) 平川市長 様

申請者 住所 平川市柏木町藤山〇〇番地〇

氏名 平川 花子

(対象者が未成年の場合 続柄 )

日中連絡がとれる番号を記入してください。

電話 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

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	ヒラカワ ハナコ	生年月日	S H・R 〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)						
	氏名	平川 花子	住所	〒036-0104 平川市柏木町藤山〇〇番地〇 電話番号 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇						
	購入した補整具	種類	購入年月日	補整具購入経費 (税込)						
※該当するものを ○で囲む	1 医療用ウィッグ 2 胸部補整具	令和6年4月1日	ア 65,000 円							
他からの助成の有無 ※いずれかを○で囲む	有 ・ 無		アの2分の1の額 ※1,000 円未満切捨て							
申請金額の算定	補整具購入経費 (税込)	ア 65,000 円	イ 32,500 円	助成金額上限額 3 万円 又はイのいずれか低い額 ウ 30,000 円						
助成金交付申請額	30,000 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	0	1	2	3	4	5	6
	フリガナ	ヒラカワ ハナコ								
	口座名義	平川 花子								

## (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）