

がん患者医療用補整具購入費助成申請書

年 月 日

魚沼市長 様

次のとおりがん患者医療用補整具購入費助成を受けたいので申請します。

※太枠内をご記入ください。

申請者	氏名			助成対象者との続柄 ※対象者が18歳未満の場合申請者は保護者	
	生年月日	年	月	日	(歳)
	住所	〒		電話番号	
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (申請者と同一の場合、対象者欄は記載不要です。)				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	(歳)
	住所	〒		電話番号	
過去における本事業による助成の有無(他自治体等を含む。)		<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ・ ウィッグ ・ 乳房補整具(右・左) ・ 人工乳房(右・左)			
助成対象費用	購入日	購入金額(税込)		助成上限	助成額
ウィッグ	年 月 日	円		25,000円	円
乳房補整具(右・左)	年 月 日	円		25,000円	円
人工乳房(右・左)	年 月 日	円		50,000円	円
助成合計額					
振込先口座	金融機関名	銀行・農協 信組・信金		支店名	本店・本所 支店・支所
	口座番号	普通 当座		フリガナ 口座名義人 (申請者と同一)	
同意欄	助成の申請にあたり、私及び助成対象者の住民登録資料、補整具の購入状況その他必要な事項について、関係機関等に調査・照会及び閲覧することを承諾します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(申請者) 氏名</p>				

添付書類：

- 補整具の領収書(宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳及び領収書発行の名称の記載があるもの)の写し
- がん治療の内容が確認できる書類の写し(がん治療に伴い外見の変化が生じることがわかるもの)
- 商品カタログ等購入した補整具が確認できるもの
- 申請者名義の振込先(金融機関名・支店名・口座番号・名義人が確認できるページ)の写し
- その他市長が必要と認める書類()

※以下の欄は記入しないでください。(市使用欄)

次のとおり決定します。				担当	伺	.	.
助成決定額	円				決裁	.	.