

海津市長 宛て

申請者 住所 海津市  
氏名

（続柄 ）

海津市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

海津市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添付して申請します。また、市税、使用料等の納付状況及び当該申請に係る必要な情報があるときは、関係自治体に調査することに同意します。

助成対象者 (児)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	海津市 電話番号 ( - - )		
がんの治療状況	医療機関名及び 診療科			
	主治医名			
	治療方法	手術療法・化学療法・放射線療法・ その他 ( )		
がんの治療を受けていることを 証する書類	治療方針計画書・診療明細書・お薬手帳 がん医療連携クリティカルパス・その他 ( )			
補正具が必要な理由	就労のため・社会参加のため・その他 ( )			
岐阜県以外の都道府県や海津市以外 の市区町村の助成金受給の有無	有 ・ 無			
助成 対象 経費	補正具の種類	頭髮補正具		乳房補正具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日
	領収書の名前及 び本人との続柄	(続柄 )		(続柄 )
	購入費用	ア 円 (税込)		エ 円 (税込)
	購入費用の 1/2の額	イ (1,000円未満切捨て) 円		オ (1,000円未満切捨て) 円
	助成対象額	ウ (イ又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円		カ (オ又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円
助成金交付申請金額 (※ウとカの合計額を記入してください。)				円
振込口座	金融機関名 (本・支店名等)			
	フリガナ		預金種別	当座 ・ 普通
	口座名義人		口座番号	

(注) 振込先は「助成対象者」又は「助成対象児の保護者」である申請者名義に限ります。

添付書類

- 補正具の購入に係る領収書の写し
- 診療明細書等がんの治療を受けていることが分かる書類
- その他市長が必要と認める書類