

様式第1号(第5条関係)

花巻市がん患者医療用補正具購入費補助金交付申請書兼支払請求書

年 月 日

花巻市長 様

申請者 住所  
氏名 (続柄 )  
電話番号

花巻市がん患者医療用補正具購入費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

対象者	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	〒		
がんの治療状況	医療機関名			
	主治医名	治療方法	手術・化学・放射線 その他( )	
他の公的助成金受給の有無		有 ・ 無		
補助対象医療用補正具	購入年月日	購入費(税込価格) <small>※付属品、固定する下着等は含まない。</small>	補助金上限額又は購入費の1/2のいずれか低い額 (1,000円未満切り捨て)	
医療用ウイッグ	年 月 日	円	円	
乳房補正具(右側)	年 月 日	円	円	
乳房補正具(左側)	年 月 日	円	円	
補助金交付申請額			円	
振込先	銀行 農業協同組合 信用金庫 労働金庫		本店 支店	
	種別	口座番号		口座名義人(カタカナ)
	普通・当座			

※注意事項

・振込先は「対象者」又は「対象者の保護者(対象者が未成年者の場合)」の名義に限ります。

※添付書類

- ・がん治療受診証明書(様式第2号)又は病名及びがん治療の方法を証明する書類の写し
- ・医療用補正具を購入したことを証明する書類の写し
- ・本人を確認する書類の写し
- ・照会同意書(様式第3号)
- ・振込先通帳の写し