

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

令和〇年〇月〇日

花巻市長 様

申請者 住所 **花巻市〇〇町 1-2**
氏名 **花巻 花子** (続柄 **本人**)
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条の規定により申請します。

日中連絡がとれる番号を
ご記入ください

記

| | | | | | | | | | |
|--------------|----------------|---------------------------------|------|---------------------|---|---|-------------|---|----------|
| 対象者 | フリガナ | ハナマキ ハナコ | | 生年月日 | | | | | |
| | 氏名 | 花巻 花子 | | S〇〇年〇月〇日 | | | | | |
| | 住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 花巻市〇〇町 1-2 | | | | | | | |
| がんの治療状況 | 医療機関名 | 〇〇病院 | | | | | | | |
| | 主治医名 | 〇〇 〇〇 | 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) ※付属品、固定する下着等は含まない。 | | 補助金交付申請額 | | | | | |
| 医療用ウイッグ | 令和 5 年 4 月 1 日 | 44,000 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 | 種別 | 〇〇 銀行 農業協同組合 信用金庫 労働金庫 | | | | | 本店 支店 | | |
| | 口座番号 | 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 | | | | | 口座名義人(カタカナ) | | |
| | 普通・当座 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ハナマキ ハナコ |

※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