

本巢市がん患者医療用補正具購入費助成金申請書

年 月 日

本巢市長 様

申請者 住 所 〒

氏 名 (対象者との続柄)

電話番号

本巢市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、交付申請に当たり、本巢市住民基本台帳の記録に関する事項その他助成金交付に関し必要な事項について、調査、照会及び閲覧することに同意します。

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(診療科)	()		
	主治医名			
	治療方法	手術・薬物治療・放射線治療・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 ()			
補正具の費用について 他の助成金受給の有無	無 ・ 有			
助成対象経費	補正具の種類	全頭用ウィッグ	乳房補正具	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	ア 円 (税込)	エ 円 (税込)	
	購入費用の 1/2 の額	イ (アの1/2の額、1,000円未満切捨て) 円	オ(エの1/2の額、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)			円	
振込先 指定口座 (申請者 の名義)	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名	店舗名		
	口座種別	口座番号		

(添付書類)

1. 当該申請に係る医療用補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の写し (宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの)
2. 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類