

本巢市がん患者医療用補正具購入費助成金申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

本巢市長 様

申請者 住 所 本巢市早野255番地
氏 名 本巢 太郎 (対象者との続柄 本人)
電話番号 058-323-1155

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。

Form with multiple sections: 対象者(児), がんの治療状況, がんの治療を受けていることを証する書類, 補正具の費用について他の助成金受給の有無, 助成対象経費 (全頭用ウィッグ, 乳房補正具), 助成金交付申請金額, 振込先 (金融機関, 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