

様式第1号（第6条関係）

足利市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

【あて先】 足利市長

申請者 住所
氏名
(続柄)
電話番号

足利市がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱第6条第1項の規定に基づき、がん患者医療用補整具購入費助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

また、この申請の審査にあたり市税等納付状況を調査確認することに同意します。

対象者 助成	(ふりがな) 氏名		生年月日	(年 月 日 歳)
	住所	〒 足利市	電話番号	

助成対象者と申請者が異なる場合のみ申請者を別に記入する。

がん治療の受療証明書		診療明細書・治療方針計画書・診断書・その他 ()		
購入補整具		購入年月日	購入経費	購入経費×0.9 (1円未満切り捨て)
医療用ウィッグ			(ア)	円
乳房補整具 (右側)			(イ)	円
乳房補整具 (左側)			(ウ)	円
申請額 査定	医療用ウィッグ	30,000円と (ア) のいずれか低い方	(A)	円
	乳房補整具 (右側)	20,000円と (イ) のいずれか低い方	(B)	円
	乳房補整具 (左側)	20,000円と (ウ) のいずれか低い方	(C)	円
補助金額		(A) + (B) + (C) の合計		円

添付書類 がん治療を受けていること、又は、受けていたことを証する書類

補整具の購入年月日及び購入経費の明細を証する書類

医療用ウィッグは、脱毛の副作用がある治療を受けていることを証する書類

振込先	金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合 (金融機関コード) (店舗コード)		本店・支店 出張所			
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号				
	ふりがな						
	口座名義人						