

多賀城市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

多賀城市長 殿

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

電話番号 _____

多賀城市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第6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、市職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、住民記録、税務情報や診療明細を閲覧、治療を受けた医療機関及び購入先等へ聴取することについて同意します。

対象者 (児)	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	住 所				
	電話番号	— —			
がんの 治療状況	医療機関名				
	主治医名		治療方法	手術・放射線・薬剤 その他 ()	
がん治療を受けていることを証する書類	お薬手帳・診療明細書・治療方針計画書・わたしのカルテ がん診療パス・その他 ()				
補正具等の区分	1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具 (右側 ・ 左側)				
補正具等が必要な理由	就労のため・社会参加のため・その他 ()				
他の公的助成金受給の有無	有 ・ 無				
購入した 補正具等	購入年月日			購入経費 (税込価格)	
	年 月 日			円	
申請金額の算定					助 成 金 申 請 金 額
補正具等の 購入経費	アの1/2の額 ※1,000円未満切捨て	助成金上限額 (2万円) 又は、 イのいずれか低い額			
ア	イ	ウ		円	
振 込 先	本店	銀行 信金 信組 農協 支店・出張所		口座番号 (左づめ)	
	預金種別	普通・当座		金融機関 コード	
	口座名義人	(カタカナ)			
		(漢 字)			

※注意事項 振込先は「対象者」又は「対象児の親権者」申請者名義に限ります。

- 【添付書類】
- ・化学療法に関する説明書や診断書、治療方針計画書等
 - ・補正具等の購入に係る領収書の写し等 (購入日、品目及び金額が記載されているもの)
 - ・振込先の預金通帳の写し (金融機関名、支店名、口座番号、口座名義が分かるもの)