

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

那須塩原市長 様

那須塩原市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。
 なお、本申請に係る必要事項の確認のため、申請者の市税の納付状況及び住民基本台帳の情報について市が確認することに同意します。

申請者 ※1	フリガナ		助成対象者 との続柄	
	氏名（自署）			
	住所	〒		
		（電話 ー ー ）		
助成対象者	フリガナ		生年月日（申請時の年齢）	
	氏名		年 月 日（ 歳）	
	住所 （申請者と同一の場合 は記載不要）	〒		
		（電話 ー ー ）		
助成対象経費	補整具の種類	<input type="checkbox"/> ウィッグ（保護用ネット含む）	<input type="checkbox"/> 乳房補整具（右・左）	
	購入日 ※2	年 月 日	年 月 日	
	購入費用 （A）	円（税込）	円（税込）	
	（A）の9/10の額 （B）	円 ※1,000円未満切り捨て	円 ※1,000円未満切り捨て	
	助成限度額 （C）	30,000円	左右 各20,000円	
	（B）または（C）の いずれか低い額	① 円	② 円	
助成申請額 （①+②）		円		
振込先 （申請者名義）	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※1 助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に保護者の氏名等を記入

※2 購入日は領収日を記入（クレジットカード払いの場合は利用明細書の利用日を記入）

【 添付書類 】

- ① がん治療に伴い脱毛の副作用があること又は乳房を切除したことを証する書類（化学療法又は手術に関する説明書、治療方針計画書等）
- ② 補整具の購入年月日、購入金額及び購入内容を証する書類（領収書、利用明細書等）