

根室市がん患者医療用補正具購入費用助成金交付申請書

年 月 日

根室市長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ (続柄 _____)
電話番号 _____

根室市がん患者医療用補正具購入費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。

- ・過去に根室市及び他の自治体が実施する補正具購入にかかる同種の助成を受けていません。
- ・本事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について根室市が調査することに同意します。
- ・根室市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。
- ・申請にあたり根室市がん患者医療用補正具購入費用助成事業実施要綱の内容を遵守します。

記

対 象 者	フリガナ							生 年 月 日	
	氏 名							年 月 日 (歳)	
	住 所	〒						電話番号 - -	
助成対象経費		購入年月日 (領収書の日付)		購入費 (税込価格) ※付属品、固定する下着等は含まない。		助成金申請額 ※20,000 円未満の場合は実購入額を記入すること。			
ウィッグ		年 月 日		円		円			
乳房補正具		年 月 日		円		円			
弾性着衣		年 月 日		円		円			
合計						円			
振 込 先		銀行 農業協同組合 信用金庫 労働金庫						本店・本所 支店・支所	
		種別	口座番号						口座名義人 (カタカナ)
		普通 ・ 当座							

- ※注意事項
- ・振込先は「対象者」又は「対象者の保護者（対象者が未成年者の場合）」の名義に限ります。
- ※添付書類
- ・がんの治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し
 - ・補正具の購入にかかる領収書
 - ・対象者及び申請者の本人確認書類の写し
 - ・振込先口座の通帳等の写し