

様式第1号(規格 A4)(第6条関係)

みどり市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

みどり市長 様

みどり市がん患者医療用補整具購入費助成金の交付について、以下のとおり申請します。なお、市が次のことについて照会することに同意します。

- 住民基本台帳情報の照会
- みどり市税条例及びみどり市国民健康保険税条例に基づく税等の納入状況の照会
- 医療機関に対する治療内容及び購入先に対する購入内容の照会
- 他の地方公共団体又は他の法令に基づく助成実績の照会

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名		電話番号			
	住所				助成対象者との続柄	
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者が助成対象者の場合は、この欄は記入不要です。					
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名		電話番号			
	住所	みどり市 町				
過去の助成実績	過去に本市及び他市町村等からがん治療に伴うウィッグ又は胸部補整具の購入費に係る助成を受けたことがありますか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 助成内容		
助成対象経費	補整具の種類	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ等		<input type="checkbox"/> 胸部補整具等		
		<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> 装着用ネット		<input type="checkbox"/> 人工乳房 <input type="checkbox"/> 補正パッド <input type="checkbox"/> ニップル <input type="checkbox"/> 固定用下着		
	購入日	年 月 日		年 月 日		
	購入金額	円 (税込)		円 (税込)		
	助成限度額	30,000 円		10,000 円		
助成申請額	購入金額又は助成限度額のいずれか低い額 円					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協		支店名	本店・支店 出張所	
	口座種別	普通 当座		口座番号		
	フリガナ					
	口座名義人					

添付書類	<ol style="list-style-type: none"> 1. がん治療受診証明書(様式第2号)又はがんの治療を受けた若しくは現に受けていること及びがん治療に伴い脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類(診断書、お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等) 2. 補整具の購入に要した費用に係る領収書の原本(助成対象者のフルネーム・購入日・購入金額・購入品目・領収書発行者の名称及び住所が記載されているもの) 3. 振込先の口座番号等が確認できる書類の写し 4. その他市長が必要と認める書類
------	--