様式第１号（第６条関係）

氷見市がん患者補正具購入費用助成金交付申請書

 　年　　　　月　　　　日

　　氷見市長　あて

氷見市がん患者補正具購入費用助成金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、次のことについて同意します。

□ 市が医療機関・購入先に対し、治療内容・購入内容を照会すること

□ 本申請に係る必要事項の確認のため、担当職員が住民票を閲覧し、市税等の納税状況について税務関係課から報告を求めること

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者※ | ふりがな |  | 助成対象者との続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒電話　（　　　　　）　　　　　　- |
| 助成対象者 | ふりがな |  | 生年月日（申請時における年齢） |
| 氏名 |  | 年　　　　月　　　　日（　　　　　）歳 |
| 住所（申請者と同一の場合は記載不要） | 〒電話　（　　　　　）　　　　　　- |
| 助成対象経費 | 補正具の種類 | ウィッグ（頭皮保護用ネット含む） | 乳房補正具（右・左） |
| 購入日 | 　　　年　　 月　 　日 | 　　　年　　 月　　 日 |
| 購入費用　（Ａ） |  　　　　　　　　円（税込） |  　　　　　　　　円（税込） |
| (Ａ)の1/2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 | 金融機関名 | 銀　　行・金　　庫信用組合・農　　協 |  | 本店　・　支店出張所 | 預金種別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号(左詰めで) |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ口座名義人（申請者名義） |  |
| 添付書類 | □①がん治療を受療している又は受療していたことがわかる書類（化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等）□②補正具を購入した業者が発行する領収書（購入者の氏名、購入日、購入金額及び商品がわかるもの）□③助成金振込先口座がわかるもの（申請者名義のもの） |

※　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。