様式第１号（第５条関係）　　【記入例】

がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

令和〇年〇〇月〇〇日

甲賀市長　あて

（申請者）住　所　甲賀市水口町水口〇〇番地
氏　名　甲賀　太郎　　㊞
※１（助成対象者との続柄）　本人
電　話　（　〇〇　）　〇〇〇〇

甲賀市がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第５条第１項の規定により、次のとおり助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。また、助成金の交付の決定のため、市職員が住民基本台帳を確認すること及び治療を受けた医療機関又は調剤薬局に治療状況について照会することを同意します。

対象者	フリガナ	コウカ　タロウ	生　年　月　日
	氏　　名	甲賀　太郎	平成〇年〇月〇日
	住　　所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 甲賀市水口町水口〇〇番地　　電話番号〇〇－〇〇〇〇	

がんの治療状況	医療機関名	主 治 医 名	治療方法
	〇〇病院	□□　□□	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 ・その他

助成金申請金額	種　類	ウィッグ	乳房補正具（右側）	乳房補正具（左側）	入浴着
	購入年月日	令和〇年〇月〇日	年　月　日	令和〇年〇月〇日	年　月　日
	購入額	〇〇，〇〇〇円	円	〇〇，〇〇〇円	円
	１５，０００円又は購入額の低い方	① 〇〇，〇〇〇円	② 円	③ 〇〇，〇〇〇円	④ 円
	申請額合計	〇〇，〇〇〇　円（①＋②＋③＋④）			

振込先※２	〇〇　銀行　信金　信組　農協　〇〇　本店　支店　出張所			金融機関コード				〇	〇	〇	〇
	預金種別	１普通　２当座		口　座　番　号							
	フリガナ 口座名義人	コウカ　タロウ 甲賀　太郎			1	2	3	4	5	6

※１　申請者が未成年の場合は、保護者が申請してください。
※２　振込先は、申請者の口座になります。