

がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

甲賀市長 あて

標記の助成金の交付を受けたいので、甲賀市がん患者補整具購入費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、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に同意します。

対象者※	フリガナ					生 年 月 日				
	氏 名	㊞				年 月 日(歳)				
	住 所	〒 甲賀市				電話番号				
申請者	<input type="checkbox"/> 対象者本人を申請者として、申請します。(申請者欄の以下の項目の記入は不要) <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、委任します。(申請者欄の以下の項目の記入が必要) ※対象者が未成年の場合は保護者が申請者となります。									
	フリガナ					生 年 月 日				
	氏 名	㊞				年 月 日(歳)				
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ(記入不要) 〒				電話番号				
治療状況	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ()								
	医療機関名					主治医名				
	がん治療を証明する書類	・ お薬手帳 ・ 診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ その他 ()								
助成対象補整具と金額	補 整 具	ウィッグ等	乳房補整具(右)	乳房補整具(左)	入 浴 着					
	購 入 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日					
	購 入 費 用	円	円	円	円					
	申 請 額 (15,000円 又は購入費用の いずれか低い額)	① 円	② 円	③ 円	④ 円					
	申 請 額 合 計	円 (①+②+③+④)								
振込先	金融機関名	銀行 農協 信金 信組			本店 支店 出張所 ()					
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義									

・・・・・・・・・・・・・・・・・・以下は記入しないでください・・・・・・・・・・・・・・・・・・

添付書類

- ☐ 脱毛の副作用がある抗がん剤治療を受けていることを証明する書類の写し(ウィッグの場合)
- ☐ 乳房を切除したことを証明する書類の写し(乳房補整具の場合)
- ☐ がんの治療（手術療法）を行ったことを証明する書類の写し(入浴着の場合)
- ☐ 補整具の購入に係る領収書
- ☐ 納税証明書又は市税納付状況調査同意書
- ☐ 振込先口座(口座名義人、フリガナ、金融機関名、金融機関コード、支店名、支店番号)の写し