

様式第1号（第4条関係）

潟上市がん患者医療用補正具助成申請書

年 月 日

潟上市長 様

申請者 氏名 _____
 （助成対象者が未成年の場合、申請者（親権者）の氏名を記載）

潟上市がん患者医療用補正具助成事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、次のことについて同意します。

- 市から他の市町村に助成実績、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。
- 市から他の市町村に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること。
- 助成の可否の決定に当たり、必要な範囲内で住民基本台帳その他の公簿を確認すること。

助成対象者	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男女	年 月 日 (歳)
	〒 _____ 電話 ()			
申請者※1	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男女	年 月 日 (歳)
	〒 _____ 電話 ()			
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ (全頭用かつら)	乳房補正具	
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	ア _____ 円 (税込)	(補正パットまたは人工乳房の金額)	
			エ _____ 円 (税込)	(下着の金額)
	助成限度額	イ 30,000円 (税込)	オ _____ 円 (税込)	
			カ 20,000円 (税込)	
助成対象額	ウ【アまたはイのうちいずれか低い額】 _____ 円	キ【(エ+オ) またはカのいずれか低い額】 _____ 円		
助成申請額	円 (※ウとキの合計を記入してください。)			
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など <input type="checkbox"/> 領収書 (購入日 (同日であれば領収日も可)、品目、金額入り。ウィッグは「全頭用」、乳房補正具は「補正パット」又は「人工乳房」の記載のあるもの。) <input type="checkbox"/> 振込先の通帳の写し (本人名義の口座)			
振込先	金融機関名	銀行・信金 農協		本店・支店 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義			

注) 申請可能な補正具は、今年度中及び昨年度中に購入したものです。

※1 助成対象者が未成年の場合、親権者の氏名等を記入してください。