

赤穂市がん患者医療用補整具購入費助成申請書

年 月 日

赤穂市長 宛

申請者氏名
 （助成対象者が未成年の場合、申請者（法定代理人）の氏名を記載）

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の助成を申請します。
 なお、次のことについて同意します。
 本市から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
 本市から県に対し、本市の助成実績に係る情報を提供すること

助成対象者	ふりがな	生 年 月 日					
	氏 名	年 月 日（ 歳）					
申請者※	住 所	〒 電話（ ） メールアドレス:					
	ふりがな	助成対象者との関係	電話（ ）				メールアドレス:
過去の助成実績	氏 名					はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名:)	
	住 所					はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名:)	
助成対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ（毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む）		乳房補整具（補整下着又は人工乳房のいずれか）			
	購入日	年 月 日		年 月 日			
	購入費用	ア	円(税込)	（補整下着の金額） エ	円(税込)	（人工乳房の金額） キ	円(税込)
	助成限度額	イ	50,000円	オ	10,000円	ク	50,000円
	助成対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】		カ【エ又はオのうちいずれか低い額】		ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】	
助成申請額	円（※ウとカ又はウとケ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"/> がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書等（写し可） <input type="checkbox"/> 領収書（購入日、品目、金額、台数入り。医療用ウィッグ（帽子含む）は「医療用」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。写し可。） <input type="checkbox"/> 住民票（世帯全員。発行から3か月以内で、個人番号（マイナンバー）の記載のないもの。） <input type="checkbox"/> 要綱別表に記載する所得を証明できる書類（1月～5月の申請の場合は前々年、6月～12月の申請の場合は前年の所得に係るもの。写し可。）						
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	口座名義人 （カタカナで記載、申請者と同一）				
	口座番号					左詰記入	
申請受理年月日	年 月 日			（承認・不承認） 決定年月日	年 月 日		
受給者番号							

注) 二重線以外の枠に記入してください。
 ※ 受診者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。