

宇和島市長 様

宇和島市がん患者補整具等購入費助成金交付申請書兼請求書

申請者(請求者)

住 所
氏 名
電話番号
助成対象者との関係

補整具等購入費の助成を受けたいので、宇和島市がん患者補整具等購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、申請します。また、助成金の交付決定及び支給に係る業務に要する内容について住民基本台帳の閲覧、関係医療機関等への照会を行うことに同意します。

助成対象者	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	年 月 日(申請時の年齢 歳)									
	住 所	〒									
	電話番号										
がんの治療状況	医療機関名			主治医名			治療方法				
							☐ 手術 ☐ 放射線 ☐ 薬剤 その他()				
宇和島市における 本事業助成金の交付の有無	有 ・ 無 → 助成金交付決定年月日(年 月 日) 区分(ウィッグ・補整具等)						その他の 公的助成金 受給の有無	有 ・ 無			
ウィッグの購入	購入年月日	①購入経費		②(①の1/2の額)		③ウィッグ助成金交付申請額					
	年 月 日	※付属品、ケア用品、 送料は含まない 円		円		3万円と②を比較して低い方の額 円					
補整具の購入	購入年月日	④購入経費		⑤(④の1/2の額)		⑥補整具助成金交付申請額					
	年 月 日	※付属品、 送料は含まない 円		円		3万円と⑤を比較して低い方の額 円					
助成金交付申請金額(③+⑥)							¥ 円				
振込先	金融機関	金融機関名		支店名		種別	口座番号				
		銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所		普通 当座					
	ゆうちょ 銀行			通帳記号			通帳番号(右詰で記入)				
				の							
フリガナ											
口座名義											

- 添付資料
- (1) がん治療を受けていることを証明する書類の写し(治療方針計画書、薬物療法に関する説明書等)
 - (2) 補整具等を購入した日付及び金額の明細が分かる書類の原本(領収書等)
 - (3) 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるものの写し(通帳、キャッシュカード)
 - (4) 委任状(様式第2号)(申請者と対象者が異なる場合。ただし、対象者が未成年者で代理人が親権者のときを除く)