

記入見本

で囲んでいるところを記入してください。

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

宇和島市長 様

電話は、日中連絡が取れる番号をご記入ください。

助成対象者が18歳未満の場合は、法定代理人が申請者となります。

等購入費助成金交付申請書兼請求書

(請求者)

住 所

氏 名

電話番号

助成対象者との関係

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	〒			
がんの	主治医名	治療方法			
		☐ 手術 ☐ 放射線 ☐ 薬剤 その他()			
宇和島 本事業 付	年 月 日	年 月 日	その他の 公的助成金 受給の有無	有・無	
ウィッグの	購入年月日	年 月 日	②を比較して低い方の額		
補整具の購入	購入年月日	年 月 日	円	円	円
助成金交付申請金額(③+④)			円	円	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)	
	フリガナ				
	口座名義				

胸部補整具以外のエビテーゼ、弾性着衣、専用入浴着は2025(令和7)年4月1日以降に購入した物に限る

口座名義は助成対象者と同一にしてください。(助成対象者が18歳未満の場合は申請者で可)

添付資料

- 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)
- 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)
- 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
- 委任状(様式第2号)(申請者と対象者が異なる場合。ただし)

購入年月日、購入経費、助成申請額は空欄または鉛筆書きをお願いします。

申請額は、1000円未満は切り捨てです。

決定額は後日郵送で通知されます。