

塩竈市がん患者医療用補正具等購入費用助成申請書

年 月 日

塩 竈 市 長 殿

申請者 住所
氏名 (続柄)
電話番号

塩竈市がん患者医療用補正具等購入費用助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、市職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、住民登録の確認、治療を受けた医療機関及び購入先等へ聴取することに同意します。

対象者	(ふりがな) 氏 名	生年月日		年 月 日
	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・化学・放射線 その他 ()	
がん治療を受けていることを証する書類	治療受診証明書・診療明細書・治療方針計画書・その他 ()			
他の公的助成金受給の有無	有 ・ 無			
補正具等の区分	1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具 (右側 ・ 左側)			
購入した補正具等	購入年月日	購入経費 (税込み価格) ※補正具1個、付属品等は含まない		助成金申請金額 ※上限額2万円
	年 月 日	円		円
振 込 先	銀行 信金 信組 農協 本店 支店・出張所		口座番号	
	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座名義	(ふりがな)		
塩竈市がん患者医療用補正具購入費用助成事業実施要綱第6条の規定による申請にあたり、対象者及び対象者世帯の者の市民税情報の確認をすることについて同意します。 申請者自署				

※注意事項

- ・振込先は「対象者」又は「対象者の保護者（対象者が未成年の場合）」名義に限ります

【添付書類】

1. がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていることを証明する書類の写し
2. 補正具等購入に係る領収書（本体価格がわかるもの）
3. 振込先通帳の写し