

がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

たつの市長 様

申請者 住 所 〒

氏 名
電話番号 ()
助成対象者との関係

関係書類を添えて次のとおり補正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。 ※☑をつけてください。

- たつの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。
- たつの市から兵庫県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること。
- 本申請の審査に必要な範囲で、助成対象者の世帯構成員の状況についての調査及び本人、配偶者及び本人、配偶者及び扶養義務者等の課税台帳の閲覧のほか、必要事項の調査・確認をすること。

助成対象者	ふりがな		生 年 月 日			
	氏 名		年 月 日			
	住 所	〒	電 話 ()			
過去の助成実績	過去に県内市町からがん治療に伴う医療用ウィッグ（装着時に皮膚を保護するネット含む）購入経費の助成を受けたことがありますか。		はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名：)			
	過去に県内市町からがん治療に伴う乳房補正具（補正下着（下着とともに使用するパッドを含む。）又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。））購入経費の助成を受けたことがありますか。		はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名：)			
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ (装着時に皮膚を保護するネットを含む。)	乳房補正具(補正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)	(補正下着の金額) 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】 円	カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 円	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 円		
助成申請(請求)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、診断書、治療方針計画書等の写し <input type="checkbox"/> 領収書の写し(申請者の氏名、購入年月日、品名、金額、台数、医療用ウィッグは「医療用」、乳房補正具は「補正下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの) <input type="checkbox"/> 申請者等の所得額を証明できる書類				
振込先	金融機関名				金融機関コード	
	店舗名	本店・支店 出張所			店舗コード	
	口座番号				口座種類	普通 ・ 当座
	フリガナ					
	口座名義人					