

仙北市がん患者補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

平成〇〇年 〇月〇〇日

仙北市長 様

申請者氏名 仙北 花子 印

仙北市がん患者補正具購入費助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき助成を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請し請求します。なお、次のことについて同意します。

- 市から他の自治体に助成実績、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
 市から県及び他の自治体に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること

チェックを入れてください。

記

日中、連絡の取れる電話番号を記入して下さい。

申請額及び請求額 (※記入しないでください。) 円

助成対象者	ふりがな	せんぼく はなこ		性別	生年月日	
	氏名	仙北 花子		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	昭和 平成	〇〇年 〇月 〇〇日(〇〇歳)
	住所	〒 014-0368 仙北市角館町中菅沢77番地28		電話	〇〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇	
申請者	ふりがな			助成対象者	本人	
	氏名	同上		助成対象者と同じ場合は 同上でも可		
	住所	〒 同上		電話	()	
助成対象経費	補正具の種類	頭髮補正具		購入費用	※総費用額を記入 円(税込)	
	購入日	平成〇〇年 〇月 〇〇日		県の公的助成金受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり (助成額: ※県からの助成額を記入 円) <input type="checkbox"/> なし	
	補正具の種類	乳房補正具(右)		購入費用	※総費用額を記入 円(税込)	
	購入日	平成〇〇年 〇月 〇〇日		県の公的助成金受給の有無	<input type="checkbox"/> あり (助成額: 円) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	補正具の種類	乳房補正具(左)		購入費用	円(税込)	
購入日	年 月 日		県の公的助成金受給の有無	<input type="checkbox"/> あり (助成額: 円) <input type="checkbox"/> なし		
振込先	金融機関名	仙北市 <input checked="" type="radio"/> 銀行 金庫 農協		角館 <input checked="" type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 出張所		
	預金種別	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座		口座番号	123〇〇〇〇	
	口座名義	(カタカナ) せんぼく はなこ 仙北 花子				

振込先の口座名義は、申請者本人の口座になります。

※添付書類

- 補正具の購入に係る領収書の写し
- 化学療法又は手術に関する説明書や診断書の写し、治療方針計画書の写し、秋田県がん患者医療用補正具助成事業承認決定通知書の写しなどいずれかの書類
- 秋田県がん患者医療用補正具助成事業による助成金の受給がある場合は、その決定通知書の写し