

様式第1号(第5条関係)

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

年 月 日

仙北市長 様

申請者氏名 _____ 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

記

申請額及び請求額 _____ 円

助成対象者	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日(歳)
	住所	〒		電話	()
申請者	ふりがな		助成対象者 との関係		
	氏名				
	住所	〒		電話	()
助成対象経費	補正具の種類	頭髪補正具	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	
	補正具の種類	乳房補正具(右)	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	
	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	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座		口座番号	
	口座名義	(カタカナ)			

※添付書類

1. 補正具の購入に係る領収書の写し
2. 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
3. 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