

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
- 市で保有する個人情報で、申請に要する住所情報等を閲覧すること

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(全頭用)	購入費用	円(税込)	
	購入日	年 月 日	申請額	円(税込)	
	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	申請額	円(税込)	
	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	申請額	円(税込)	
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など、いずれかの書類