

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 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
チェックを入れてください。

申請額及び請求額 (記入しないでください。)

日中、連絡の取れる電話番号を記入して下さい。

助成対象者	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	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	助成対象者と同じ場合は同上でも可		
	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	※総費用額を記入 円(税込)		
	購入日	年 月 日	申請額	円(税込)		
	補正具の種類	乳房補正具等	購入費用	※総費用額を記入 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	振込先の口座名義は、申請者本人の口座になります。	
	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