

様式第1号（第6条関係）

南砺市がん患者補正具購入費補助金交付申請書（兼請求書）

年 月 日

（宛先）南砺市長

関係書類を添えて下記のとおりがん患者補正具購入費補助金を申請（請求）します。なお、本申請に係る必要事項の確認のため、市が医療機関・購入先に対して、治療内容・購入内容の確認をすることに同意します。

申請者※1	ふりがな		補助対象者の続柄		
	氏名				
	住所	〒 (電話 - -)			
補助対象者	ふりがな		生年月日		
	氏名		年 月 日		
	住所 (申請者と同一の場合は記載不要)	〒 (電話 - -)			
補助対象経費	補正具の種類	ウィッグ（保護用ネット含む）	乳房補正具（右・左）		
	購入日※2	年 月 日	年 月 日		
	購入費用※3 (A)	円（税込）	円（税込）		
	(A)の1/2の額 (B)	円 ※1,000円未満切り捨て	円 ※1,000円未満切り捨て		
	補助限度額 (C)	30,000円	左右 各20,000円		
	(B)または(C)のいずれか低い額	① 円	② 円		
	補助申請額 (①+②)	円			
振込先	金融機関名		支店名		
	種別	1 普通 2 当座	口座番号		
	フリガナ 口座名義人	※口座は申請者のものであること			

添付資料

- がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴い脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類
- 補正具の購入に係る領収書等（購入日、品名、金額の記載のあるもの）の書類
- 市税の完納証明書
- 他の補助金等の交付を受けている場合は、その交付の額が分かる書類
- 振込先の「金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人（カタカナ）」全てがわかる通帳かキャッシュカードのコピー

※1 補助対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に保護者の氏名を記入

※2 購入日は領収日を記入（クレジットカード払いの場合は利用明細書の利用日を記入）

※3 同種の他の補助金等を受けている場合は、その交付の額を差し引いた額を記入