

別記

様式第1号（第4条関係）

土岐市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 土岐市長

住所 _____

申請者 氏名 _____ (続柄 _____)

土岐市がん患者医療用補正具購入費補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請・請求します。

対象者	フリガナ			生年月日	
	氏名			年 月 日 (歳)	
	住所	〒 _____		電話番号 - - _____	
がんの治療状況	医療機関名及び診療科				
	主治医名				
	治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 その他 ()			
がんの治療を受けていることを証する書類	診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ がん医療連携クリティカルパス ・ その他 ()				
当該補正具の費用について 土岐市以外の都道府県・市町村の 助成金受給の有無	無 ・ 有				
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ		乳房補正具	
	購入年月日	年 月 日		年 月 日	
	領収の名前及び対象者との続柄	(続柄)		(続柄)	
	購入金額(税込)	ア _____ 円		ウ _____ 円	
	助成対象額	イ(ア又は20,000円のいずれか少ない方の額1,000円未満切捨て) 円		エ(ウ又は20,000円のいずれか少ない方の額1,000円未満切捨て) 円	
助成金交付申請金額(※イとエの合計額を記入してください。)				円	
助成金の振込先 (申請者名義)	金融機関名	銀行・信用金庫・農協		店名	店
	口座種別	普通・当座	口座番号		
	ふりがな	-----			
	口座名義人	-----			

(添付書類)

- 当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の写し(宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの)
- 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類
- 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し(表紙裏の見開きコピー)