

様式第1号（第6条関係）

がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

助成対象者	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日（ 歳）	
がんの 治療状況	医療機関名		主治医名	治療方法
				<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
助成 対象 費用	区分	医療用ウィッグ		乳房補整具
	他の助成金の受給の有無	有 ・ 無		有 ・ 無
	領収書等の日付 (複数ある場合は、最も古い 日付を記入)	年 月 日		年 月 日
	購入又は借受けの費用 (A)	円 (税込)		円 (税込)
	茨城県補助額 (B)	円		円
	A-B (C)	円		円
	C×1/2 (D)	円		円
	助成限度額 (E)	20,000 円		20,000 円
	助成金申請額 D、Eの少ない方の額	F	円	G 円
	合計申請額 (F+G)	円		
振込 金融 機関	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所	
	預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
	ふりがな 口座名義			
<p>がん患者医療用補整具購入費助成金の交付を受けたいので、下妻市がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求をします。</p> <p>なお、この申請に係る審査に当たり、市が住民基本台帳、市税の納付状況、県補助金の交付状況、がんの治療状況その他必要な事項を調査することに同意します。</p>				
<p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 (印)</p> <p>電話番号</p>				
<p>下妻市長 様</p>				