

(表)

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

中津川市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

(日中連絡の取りやすい電話番号を記入)

中津川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

助成金の交付を受けたいので、中津川市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求をします。また、この申請に当たり、私が市内に住所を有すること、私と助成対象者との関係及び当市の市税の納付状況を市が帳簿等により確認し、並びに他機関へ必要な照会を行うことについて同意します。

助成対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ。 <input type="checkbox"/> 中津川市 _____	
	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日 ( 歳)
がんの治療状況	医療機関名 (診療科)	( )	
	主治医氏名		
	治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 その他 ( )	
がんの治療を受けた (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 ( )		
補正具の費用について 他の助成金等の受給の有無	無 ・ 有		
補正具が必要な理由	就労のため ・ 社会参加のため ・ その他 ( )		
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ	乳房補正具
	領収書の宛名 (助成対象者との続柄)	(続柄 )	(続柄 )
	購入費用	ア _____ 円 (税込)	エ _____ 円 (税込)
	購入費用の1/2の額	イ (アの1/2の額、1,000円未満切捨て) _____ 円	オ (エの1/2の額、1,000円未満切捨て) _____ 円
	助成対象額	ウ (イ又は20,000円のいずれか少ない方の額) _____ 円	カ (オ又は20,000円のいずれか少ない方の額) _____ 円
助成金交付申請額及び請求額 (※ウとカの合計額を記入ください。)			円

【添付書類】

- 1 領収書その他の補正具の購入費の額及び購入日が確認できる書類の写し
- 2 診療明細書その他のがんの治療を受けた、又は現に受けていることが分かる書類の写し

※忘れずに裏面の振込希望口座をご記入ください。

(裏)

【助成金の振込希望口座】 ※誤りのないようご記入ください。

口座名義人 (申請者名義)	フリガナ												
	氏 名												
金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	店名	種別	口 座 番 号										
銀行 金庫 農業協同組合 信用組合	本店 支店 支所 出張所	1 普通 2 当座											
ゆうちょ銀行	通帳記号				通 帳 番 号								
	1				0								

※ 口座番号は右詰めでご記入ください。

【注 意】

この申請書は、助成金の交付の決定後に請求書として取り扱います。また、請求書として取り扱う場合、交付の決定の日を提出日とみなします。