

様式第 1 号(第 5 条関係)

釜石市がん患者医療用補正具購入助成金交付申請書

年 月 日

釜石市長 宛て

釜石市がん患者医療用補正具購入助成金の交付を受けたいので、釜石市がん患者医療用補正具購入助成金交付要綱(令和 4 年釜石市告示第 58 号)第 5 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒		
がんの治療状況	医療機関名			
	主治医名		治療方法	手術・化学・放射線 その他( )
他の公的助成金受給の有無		有 ・ 無		
購入したウィッグ	購入年月日	購入費(税込価格) ※ウィッグ 1 台、付属品等は含まない。		助成金申請金額 ※上限 2 万円
	年 月 日	円		円
振 込 先	金融機関名			支店名等
	預金種別	普通・当座		口座番号
	フリガナ			
	口座名義人			

備考

- 1 振込先は「申請者」又は「申請者の保護者(申請者が未成年の場合)」の名義に限ります。
- 2 本申請に次の書類を添付してください。
  - (1) がん治療を受けている又は過去に受けた後経過観察中で通院していることを証明する書類(化学療法、放射線療法若しくは手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書又は診療明細書等の写し)
  - (2) ウィッグを購入したことを証明する書類(購入日、品目及び金額の記載のある領収書等の写し)
  - (3) 本人を確認する書類(住民票、運転免許証又は医療保険証等の写し)
  - (4) その他市長が必要と認める書類