様式第１号（第５条関係）

射水市がん患者補正具購入費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

射水市長　　あて

申請者　住　所　射水市

電話番号

氏　名

（対象者が未成年の場合　続柄　　）

下記の事項に同意の上、関係書類を添えてがん患者補正具購入費用助成金を申請及び請求します。

記

1　助成金の交付要件を確認するため、市が申請者及び同一世帯家族の個人情報を公簿等で確認すること
2　市が公簿等で確認できない場合は、市からの要請に基づき関係書類を市に提出すること
3　市が医療機関・購入先に対し、治療内容・購入内容を照会すること

助成対象者	ふりがな		生年月日	年　　月　　日
	氏名			
	住所 （申請者と同一の場合は記載不要）	〒　　－　　射水市 （電話　　－　　－　　）		
助成対象経費	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	年　　月　　日	年　　月　　日	
	購入費用（A）	円(税込)	円(税込)	
	(A)の 1/2 の額(B)	円 (1,000 円未満切捨て)	円 (1,000 円未満切捨て)	
	助成限度額(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	
	交付申請（請求）額 （①＋②）	円		

※同種の他の助成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(A)に記入

添付書類	１がん治療を受けた又は現に受けていること及び治療に伴う脱毛又は乳房を切除したことを証明する書類（治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書等） ２補正具購入に係る領収書等の書類（購入日、購入金額、品名・金額内訳の記載のあるもの） ３振込口座が確認できる預金通帳の写し（口座番号、氏名などの記載ページ） ４他の助成金等の交付を受けている場合は、その金額が確認できる書類の写し ５その他

振込先	金融機関名	支店等名	預金種別	口座番号(右づめ)	口座名義（カナ）
	銀行 組合 金庫 農協	支店 出張所	□普通 □当座		
	金融機関コード	支店コード	※申請者の口座を記入		