

射水市長 あて

射水市がん患者補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

射水市がん患者補正具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請及び請求します。
併せて、審査に必要な情報（住民基本台帳、納税情報、医療機関・購入先等）の提供及び調査について同意します。

申請者※1	ふりがな		生年		対象者			
	氏名		月日	年 月 日	との続柄			
	住所	〒 (電話 - -)						
対象者	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同様（ここに✓を付けた場合、記載不要）							
	ふりがな		生年		/			
	氏名		月日	年 月 日				
住所	〒 (電話 - -)							
対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ（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) ※2	円（税込）			円（税込）			
	助成額	(A) × 1/2 = (B) (1,000円未満切捨)	(A) 40,000円未満の場合			(A) 20,000円未満の場合		
		(B) × 1/2 = (C)	① (B) + (C) 円			② (B) + (C) 円		
		(A) × 1/2 (1,000円未満切捨)	(A) 40,000～59,999円の場合			(A) 20,000～39,999円の場合		
			(A) + 10,000円			(A) + 5,000円		
助成限度額	(A) 60,000円以上の場合			(A) 40,000円以上の場合				
	⑤ 40,000円			⑥ 25,000円				
申請（請求）額(①～⑥合計)		円						
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協			口座種別	普通・当座		
	支店名等	支店・出張所			金融機関コード			
	口座番号				支店コード			
	口座名義	(カタカナ)						
添付書類	1 がん治療を受けた（受けている）こと及び治療に伴う脱毛又は乳房切除を証する書類 2 補正具の購入に係る領収書又はこれに準ずる書類 3 他の助成金等の交付を受けている、又は受ける予定がある場合は、その交付額が分かる書類 4 市長が特に必要と認める書類							

※1 対象者が未成年の場合は、保護者の氏名を記入すること。

※2 同種の他の助成金を受けている、又は受ける予定がある場合は、その金額を差し引くこと。