

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) <u>40,000 円</u> 未満の場合		(A) <u>20,000 円</u> 未満の場合	
		(B) × 1/2 = (C)	① (B) + (C) 円		② (B) + (C) 円	
		(A) × 1/2 = (D) (1,000 円未満切捨)	(A) <u>40,000 ～ 59,999 円</u> の場合		(A) <u>20,000 ～ 39,999 円</u> の場合	
			(D) + 10,000 円		(D) + 5,000 円	
	助成限度額	③ 円		④ 円		
		(A) <u>60,000 円</u> 以上の場合		(A) <u>40,000 円</u> 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。