

年　月　日

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 月日	年　月　日	対象者 との続柄	
	氏　名						
	住　所	〒 (電話　ー　ー　ー)					
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 月日	年　月　日		
	氏　名						
住　所	〒 (電話　ー　ー　ー)						
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) (B) × 1/2 = (C)	(A) 40,000円未満の場合			(A) 20,000円未満の場合	
		(A) × 1/2 = (D) (1,000円未満切捨)	(①)(B)+(C)　円			(②)(B)+(C)　円	
		(A) × 1/2 = (D) (1,000円未満切捨)	(A) 40,000～59,999円の場合 (D)+10,000円　円			(A) 20,000～39,999円の場合 (D)+5,000円　円	
		助成限度額	(③)(A) 60,000円以上の場合 (⑤)40,000円			(④)(A) 40,000円以上の場合 (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。