

様式第1号(第6条関係)

大仙市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

大仙市長 様

(申請者)

氏名

(助成対象者が未成年の場合は親権者の氏名を記載 続柄)

電話番号

大仙市がん患者医療用補正具購入費助成金の交付を受けたいので、大仙市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請及び実績報告します。

なお、市が、次の照会をすることに同意します。

- ・ 他の自治体に対する助成実績の照会
- ・ 医療機関に対する治療内容の照会
- ・ 補正具の購入先に対する購入内容の照会

助成対象者	ふりがな			
	氏名			
	住所			
種類	ウィッグ	乳房補正具 (左側)	乳房補正具 (右側)	
購入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
購入金額	円	円	円	

助成金の交付申請額 円

※添付書類

- ・ がん治療を受けた若しくは現に受けていることを証明する書類 (治療の内容がわかる診断書、治療方針計画書等であって、治療に伴い脱毛又は乳房を切除したことがわかるもの) 又はその写し
- ・ 補正具の購入に係る領収書 (購入日、品名、金額、内訳等のわかるもの) 又はその写し