

様式第1号（第6条関係）

黒部市がん患者補正具購入費用助成金交付申請書

年 月 日

黒部市長あて

黒部市補助金等交付規則第3条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 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
- 本申請に係る必要事項の確認のため、担当職員が住民票を閲覧し、市税等の納税状況について税務関係課から報告を求めること

申請者	ふりがな		助成対象者との続柄	
	氏名	印		
	住所	〒 938- 富山県黒部市 電話 () -		
助成対象者	ふりがな		性別	生年月日 (申請時における年齢)
	氏名		男・女	年 月 日 (歳)
	住所 <small>(申請者と同一の場合は記載不要)</small>	〒 938- 富山県黒部市 電話 () -		
助成対象経費	補正具の種類	<u>ウィッグ (ケア帽子、頭皮保護用ネット含む)</u>		乳房補正具 (補正パットと人工乳房、固定下着) 【右・左】
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	円 (税込)		円 (税込)
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	口座番号		フリガナ 口座名義人	預金種別 普通・当座
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を受療している又は受療していたことが分かる書類 (化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等) <input type="checkbox"/> 補正具の領収書等、購入した金額及び商品が分かる書類			

【備考】助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に保護者の氏名等を記入。