

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

（宛先） 三条市長

申請者 住所
氏名
電話番号

三条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

三条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、次のとおり申請し、及び実績を報告します。

なお、助成対象者の要件を満たすことを確認するために必要な情報について、市が公簿で確認し、又は関係機関に照会することに同意します。

1 申請及び実績報告の内容

過去の本事業による助成の有無（該当するものに○を付けてください。）		無 ・ 有 有の場合（医療用ウィッグ等・補正下着等・人工乳頭等）		
助成対象費用	区分（申請する区分にチェックを付けてください。）	☐ 医療用ウィッグ等	☐ 補正下着等	☐ 人工乳頭等
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額（税込）	円	円	円
	購入金額×1/2 （千円未満切捨て）	ア 円	エ 円	キ 円
	助成上限額	イ 25,000 円	オ 25,000 円	ク 50,000 円
	助成額	ア又はイのいずれか低い額	エ又はオのいずれか低い額	キ又はクのいずれか低い額
		ウ 円	カ 円	ケ 円
助成申請額		円（ウ、カ及びケの合計額）		

☐	上記の助成対象について、国や県、その他自治体から助成を受けておりません。
--------------------------	--------------------------------------

※受けていない場合、チェックを付けてください。

2 助成金の振込先（※交付申請者本人名義の口座に限る。）

金融機関名					支店名	本店・（ ）支店			
金融機関コード					支店コード				
預金種別	普通・当座		口座番号						
フリガナ									
口座名義									
ゆうちょ 銀行	記 号				番 号				
	1			0					
フリガナ									
口座名義									

【添付書類】

- (1) がんと診断され、かつ、その治療を受けた者又は現に受けている者であることを証明する書類
- (2) がん治療に起因する脱毛若しくは乳房の切除又はそのおそれがあることが見込まれることを証明する書類
- (3) 補正具の種類、購入者、購入日及び購入費が確認できる書類
- (4) その他市長が必要と認める書類