

がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

未成年の場合、保護者の名前を申請者欄に記入してください

令和 年 月 日 申請日

磐田市長

申請者氏名 磐田 花子

がん患者医療用補整具購入費の助成を受けたいので、磐田市がん患者医療用補整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します。

また、申請にあたり磐田市から医療機関への治療内容等についての照会、購入先への補整具の内容等についての照会及び助成金の可否を決定するために必要な公簿の閲覧についての照会並びに静岡県に対し助成実績に係る情報を提供することについて同意します。

申請者	ふりがな	イワタ ハナコ		助成対象者との関係	
	氏名	磐田 花子		本人	
	生年月日	S・H 50年5月5日			
	住所 電話番号	磐田市〇〇123番地 0538-〇〇-〇〇〇〇（携帯電話でも可）			
助成対象者 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	S・H 年 月 日			
	住所 電話番号				
助成の対象となる経費	医療用補整具	医療用ウィッグ	乳房補整具（補整下着又は人工乳房のいずれか）		
	購入費用は、医療用補整具として支払った金額を記入（ポイント使用分・送料は除く）		補整下着	人工乳房	
	購入日	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
	購入費用	円	円	円	
助成申請額					円
過去における医療用ウィッグ購入に係る助成金の受給の有無			有（自治体名： ）・無		
過去における			助成申請額は、上限額または上限以下の場合は購入費用欄の額を記入（上限額：ウィッグ2万円・補整下着2万円・人工乳房10万円）		
振込先 指定口座	金融機関	農協 金庫		支店	
	口座種類	普通・当座	口座番号		
	ふりがな				
	口座名義人				
	委任状 ※口座名義人が申請者と同じ場合は、下記は記入不要 助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。 令和 年 月 日 委任者（申請者）氏名				

ゆうちょ銀行への振込を希望される方は
通帳のコピー（口座情報の記載箇所）も提出してください