

厚木市がん患者医療用補整具購入等助成金 交付申請書（兼）請求書

（宛先）厚木市長

厚木市がん患者医療用補整具購入等助成金の交付について、次のとおり申請します。

【申請者】

ふりがな		生年月日	
氏 名		年	月 日
住 所	〒		
連 絡 先		対象者との続柄	

申請に当たり、次の各項目について同意される場合は、□に✓、申請日の記入及び署名をお願いします。

- ・「厚木市がん患者医療用補整具購入等助成金交付要綱」の内容に了承して申請すること。
- ・助成金の交付について、住民基本台帳の記載事項、市税の納付状況及び暴力団員でないことを関係機関へ照会すること。
- ・治療内容や医療用補整具の購入等に係る状況を確認すること。
- ・本助成金と類似の他の助成金等について、受給の有無を確認すること。
- ・助成金は口座振込とし、口座の名義人が申請者でない場合は、助成金の受領をその名義人に委任すること。

□ 同意します 令和 年 月 日 署名 ⑩

※ 押印は申請者と振込口座の名義人が異なる場合のみ必要

【対象者（医療用補整具の使用者）】 □申請者と同じ（✓を記入し以下の治療内容のみ記入）

ふりがな		生年月日	
氏 名		年	月 日
住 所	〒		
連 絡 先			
治療内容	医療機関		
	開始日		
	方 法	手術・薬物治療・放射線治療・その他（ ）	

申請に当たり、次の各項目について同意される場合は、□に✓、申請日の記入及び署名をお願いします。

- ・助成金の交付について、住民基本台帳の記載事項、市税の納付状況及び暴力団員でないことを関係機関へ照会すること。
- ・治療内容や医療用補整具の購入等に係る状況を確認すること。
- ・本助成金と類似の他の助成金等について、受給の有無を確認すること。

□ 同意します 令和 年 月 日 署名

【交付対象経費】

区 分	購入等に係る 合計金額(A)	交付申請額(B) ※千円未満切捨て
ウィッグ	円	円
乳房補整具	円	円
		(計) ,000 円 上限金額それぞれ5万円 最大10万円

【添付書類】

☐ 医療用補整具の購入等に係る領収書 (購入者、購入日、金額、但し書きが記載されているもの) ☐ がん治療等を証明する書類 (診療明細書、治療方針計画書、お薬手帳) など ☐ 申請者及び対象者の本人確認書類 ☐ 振込口座が分かる書類

【助成金の振込口座】

金融機関	銀行・信用金庫・労働金庫 信用組合・協同組合							
店 舗 名	支店・支所・出張所							
預金種類	普通	・	()	口座番号				
名 義 人 (カタカナ)								

【厚木市処理欄】(記入しないでください。)

次のとおり決定します。

助成決定日(請求日)	令和 年 月 日	受 付
助成決定額(請求額)	,000 円	