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。

【対象者】（医療用補整具の使用者）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【申請者】□対象者と同じ（□に✔を記入し、以下の枠内は記入不要）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 医療用補整具の使用者との続柄 |
| 氏　　名 | ㊞ |
|  |
| 住　　所 | 〒 |
| 連 絡 先 |  |

※ 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

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。

**・** 助成金の交付対象者及び申請者について、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

**※ 裏面に続く**

【交付対象経費】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 購入額又はレンタル額(A) | 送料などの付随費用(B) | 他の給付金や助成金の額(C) | 交付対象額(A+B-C) |
| ウィッグ | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 乳房補整具 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| （計）　　　　　　　　　　　　　　　　　　* 千円未満切捨て

上限金額 それぞれ５万円 最大10万円 | ,000円 |

【添付書類】

|  |
| --- |
| □ 医療用補整具の購入等に係る領収書□ 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　□ 本人確認書類　□ 振込口座が分かる書類□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

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