

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	印	
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】

<input type="checkbox"/> 医療用補整具の購入等に係る領収書 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 振込口座が分かる書類 <input type="checkbox"/> 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。

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	