

第1号様式（第5条関係）

座間市がん患者医療用補整具購入等助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 座間市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

座間市がん患者医療用補整具購入等助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

【助成対象者】

ふりがな		生年月日（年齢）		
氏名		年 月 日（ 歳）		
住所	座間市			
電話番号				
区分・購入等日	<input type="checkbox"/> ウィッグ	年 月 日	<input type="checkbox"/> 胸部補整具	年 月 日
購入等の額（A）		A × 0.9	助成限度額	助成額
ウィッグ	円	ア 円	イ 30,000 円	ウ ア又はイのいずれか低い額 円
胸部補整具	円	エ 円	オ 30,000 円	カ エ又はオのいずれか低い額 円
申請額（ウとカの合計）				円
申請に当たり、市長が、助成対象者の住民基本台帳の記録事項を確認することについて同意します。				

《添付書類》

- ・ 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（診断書、診療明細書、治療方針計画書等）
- ・ 既に他の制度において、費用の助成金等（個人加入のがん保険等による給付は除く。）を受けている場合にあっては、その詳細が分かる書類
- ・ 申請者が助成対象者本人でない場合にあっては、申請者及び助成対象者が属する世帯全員の住民票の写し