

がん患者補整具購入助成申請書兼請求書

年 月 日

輪島市長

(申請者) 住 所

氏 名

連 絡 先

輪島市がん患者補整具購入助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。
 なお、以下の全ての事項について同意します。

- ・ 本申請の審査に必要な範囲で市が住民基本台帳及び市税の納付状況等の確認を行うこと。
- ・ 本申請の審査に必要な範囲で市が医療機関及び補整具の購入先等に照会を行うこと。

助成対象者	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所		
助成申請額内訳	補 整 具	ウィッグ	乳房補整具(左・右)
	購 入 日	年 月 日	年 月 日
	購入費用(A)	円	円
	限 度 額 (B)	30,000円	左右 各20,000円
	(A)又は(B)の いずれか低い額	① 円	② 円
助成申請額(①+②)		円	
添付書類(写し)		<input type="checkbox"/> がんの治療を受けた又は現に受けていることを証明できる書類 (化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等) <input type="checkbox"/> 補整具の領収書 <input type="checkbox"/> 振込口座を確認できる書類(通帳又はキャッシュカード)	

振込口座（申請者本人の口座を記入してください。）

金融機関名		支店名		種別
	銀行 金庫 農協		本店 支店(支所) 出張所	普通 当座
口座番号(右詰)		口座名義(カナ)※通帳の表記に合わせてください。		