

大館市がん患者医療用補正具助成事業申請書

年 月 日

大館市長 様

申請者氏名 _____ 印
 (助成対象者が未成年の場合、申請者(親権者)の氏名を記載)

大館市がん患者医療用補正具助成事業実施要綱の規定に基づく助成金を受けたいので、同要綱第6条の規定に基づき下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、大館市が住所等の確認のために私の住民記録の閲覧や、必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

記

助成対象者	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日(歳)
	住所	〒		電話 ()	
申請者※1	ふりがな		助成対象者との関係		
	氏名				
	住所	〒		電話 ()	
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ(全頭用かつら)		乳房補正具	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用(A)	円(税込)		円(税込)	
				【内訳】 (補正パットまたは人工乳房の金額) 円(税込) (下着の金額) 円(税込)	
	県助成額(B)	円		円	
	(A)-(B)	円		円	
	助成限度額	15,000 円		10,000 円	
	(A)-(B)又は助成限度額のいずれか低い額	①	円	②	円
助成申請額合計	円 (※①と②の合計を記入してください)				

- (添付資料) 1 化学療法又は手術に関する証明書や診断書、治療方針計画書等の写し
 2 補正具の購入に係る領収書の写し
 3 秋田県がん患者医療用補正具助成事業承認決定通知書の写し

※1 助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に保護者など親権者の氏名等を記入してください。