

様式第1 (第6条関係)

(表)

小牧市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 小牧市長

申請者

住 所 〒

氏 名

助成対象者との続柄 ()

生年月日

電話番号

小牧市がん患者医療用補整具購入費助成金の交付を受けたいので次のとおり申請します。
 なお、この助成金の交付決定にあたり、私の住民登録情報、納税情報等を公簿により調査されることや必要に応じた関係機関への問い合わせに同意するとともに、他の県内の地方公共団体から助成金等の交付を受けていないことを誓約します。

| | | | | |
|--|-------------------|--|------------------------------------|-------|
| 助成対象者 | ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | □申請者と同じ | | |
| | 住 所 | 〒 □申請者と同じ | | |
| がんの治療状況 | | 医療機関名 | | |
| | | 疾患名 | | |
| | | 治療方法 | 手術・放射線・薬剤・その他 () | |
| がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又はがんの外科的治療等による乳房の変形を証明する書類 | | ・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他 () ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。 | | |
| 助成対象経費 | 医療用補整具の種類 | 医療用ウィッグ | 乳房補整具 | |
| | 購入年月日 (領収書の日付) | 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | 領収書の名前及び本人との続柄 | (続柄) | | (続柄) |
| | 購入費用 | ① 円 (税込) | ② 円 (税込) | |
| | 助成対象額 | ③ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円 | ④ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円 | |
| 助成金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。) | | | 円 | |

(裏)

(添付書類)

1. がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又はがんの外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し（医療用ウィッグの場合、本人氏名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、本人氏名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。）
2. 医療用補整具の購入に係る領収書（原本）（購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称の記載があるもの。）
3. 市長が必要と認める書類

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。