

様式第1号（第6条関係）

（表）

がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

袋井市長

申請者 住所

氏名

電話

袋井市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第6条の規定により、若年がん患者医療用補整具購入費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、市が当該助成の可否を決定するために必要な公簿の閲覧及び審査のために必要な場合、がん治療を受けた医療機関又は他の自治体に対して治療内容、助成の有無等の照会を行うことについて同意します。

申請者	フリガナ			治療を受けた者との関係
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所			
助成対象者 (申請者と同じであれば記入不要)	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住所	電話		
助成対象経費	種類	医療用ウィッグ (全頭用かつら)	乳房補整具 (補整下着又は人工乳房のいずれか)	
			補整下着	人工乳房
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	円	円	
助成申請額		円		
過去における医療用補整具購入に係る助成金の受給の有無		無 有 (医療用ウィッグ ・ 乳房補整具)		

(裏)

添付書類 (添付した書類にレ点をつけてください)

- 薬物療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など
- 領収書の写し 申請者名、購入日(同日であれば領収日も可)、品目、金額の記載があり、医療用ウィッグは「全頭用かつら」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの
- 住民票の写し 発行から3月以内であり、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの(助成対象者が未成年である場合にあっては、助成対象者及び申請者本人の住民票の写しであって、申請者が法定代理人であること(続柄)が分かるもの)。ただし、市において確認が可能な場合は、省略することができる。