

加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

加茂市長 様

申請者 住 所 加茂市

氏 名

(対象者との続柄 )

電話番号

(※助成対象者が未成年の場合、申請者は親権者の氏名を記載)

補助金の交付を受けたいので、加茂市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、市が、申請内容の審査のため、その保有する対象者及び申請者の個人情報を確認することに同意します。

助成対象者	住 所	(〒 - ) 加茂市
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
申請区分	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ ※ がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用する医療用のもの(毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む) <input type="checkbox"/> 乳房補整具 ※ 外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補整下着又は人工乳房(乳房再建手術等によって体内に埋め込まれたものを除く)	
購入日	年 月 日	
過去における補助金の交付の有無	無 ・ 有	
購入費合計	円 医療用ウィッグ及び乳房補整具の購入費の合計額	
補助額	円 購入費合計の2分の1(千円未満切り捨て)、上限20,000円	
関係書類	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書・診断書、治療計画書、抗がん剤名・乳腺腫瘍手術が記載された診療証明書の写し <input type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書の写し等(補整具名、購入者、購入日、購入費が確認できるもの) <input type="checkbox"/> 商品カタログ等購入した補整具が確認できるもの <input type="checkbox"/> 振込先口座の通帳の写し	