

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

（宛先） 加茂市長

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

1 申請内容

申請者	フリガナ氏名				
	生年月日	年 月 日（ 歳）			
	住所	加茂市			
	電話番号				
	保護者氏名	（※対象者が未成年の場合に記入してください。）			
過去における本事業による補助の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（頭髪補整具・乳房補整具・人工乳房（右）・人工乳房（左））			
助成対象経費等	区分	医療用ウィッグ	胸部補整具	人工乳房（右）	人工乳房（左）
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額（税込）	円	円	円	円
	購入金額×1/2（千円未満切捨て）	円	円	円	円
	補助額	ア 円	イ 円	ウ 円	エ 円
※上欄の金額と5万円のいずれか低い額を記入してください。					
補助申請合計額		円（ア～エの合計額）			
添付書類	<input type="checkbox"/> 治療を証明する書類（治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書、同意書などの写し） <input type="checkbox"/> 領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、発行者の記載があるもの） <input type="checkbox"/> 商品カタログ等の購入した補整具を確認することができるもの <input type="checkbox"/> 振込先口座の通帳の写し <input type="checkbox"/> 上記のほか市長が必要と認めるもの				

2 誓約事項

<p>下記について同意・誓約します。</p> <p>(1) 同意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市の住民基本台帳情報を確認すること。</li> <li>・市から医療機関に治療内容を照会すること。</li> </ul> <p>(2) 誓約事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・申請を行った上記の内容について、事実に相違ありません。</li> <li>・加茂市から調査の求めがあった場合は、これに応じます。</li> <li>・上記の購入品につき、他の公的助成金は受給しておりません。</li> <li>・虚偽や不正等が判明した場合は、補助金の全部を加茂市に返還します。</li> </ul> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">本人署名 _____</p>
---