

様式第 1 号（第 5 条関係）

糸魚川市がん患者等医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）糸魚川市長 様

糸魚川市がん患者等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。

1 申請内容

申請者	フリガナ 氏名				
	生年月日	年 月 日			
	住所	〒 糸魚川市			
	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 助成の有無		☐ 無 ☐ 有 （ 頭髮補整具・乳房補整具・人口乳房(右側)・人口乳房(左側)）			
助成対象経費等	区分	頭髮補整具	乳房補整具	人口乳房 (右側)	人口乳房 (左側)
	購入予定日	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
	助成額	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すること。					
助成申請合計額		円（ア～エの合計額）			
添付書類	☐ 補整具を必要とすることが分かる書類（診断書、治療方針計画書、お薬手帳等） ☐ 見積書その他助成対象経費を確認することができる書類 ☐ 商品カタログその他購入する補整具を確認することができる書類 ☐ その他市長が必要と認めるもの ※写しによる提出を可能とします。				
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協		支店名	本店・支店 出張所
	口座番号			口座名義人 (申請者と同一)	フリガナ
	普通・当座				氏名

2 承諾及び誓約事項

1 個人情報の取扱いに関する承諾欄

がん患者等医療用補整具購入費助成の決定審査のため、糸魚川市の職員が、私又は保護者に係る住民基本台帳及び市税等の納付状況を閲覧（確認）することを承諾します。

2 誓約事項

- ・申請を行った上記の内容について、事実と相違ありません。
- ・国又は他の地方公共団体から類似する助成金等を受給していません。
- ・虚偽、不正等が判明した場合は、助成金の全部を市に返還します。

年 月 日

本人署名

(対象者が未成年の場合は、その保護者が署名してください。)