

様式第 4 号（第 7 条関係）

糸魚川市がん患者等医療用補整具購入費助成事業実績報告書

年 月 日

（宛先）糸魚川市長 様

住 所
氏 名
電話番号

糸魚川市がん患者等医療用補整具購入費助成事業により補整具を購入したので、次のとおり報告します。

購 入 内 容	☐ 頭髪補整具 ☐ 乳房補整具 ☐ 人工乳房（右側） ☐ 人工乳房（左側）
購 入 年 月 日	年 月 日
添 付 書 類	☐ 補整具の購入に係る領収書の写し ☐ 購入した補整具が確認できる書類