

高岡市がん患者補正具購入費助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

(宛先) 高岡市長

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

高岡市がん患者補正具購入費助成金の交付を受けたいので、高岡市がん患者補正具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。決定した助成金は下記の口座に振り込んでください。なお、申請にあたり、高岡市が住所等の確認のために私の住民登録情報の閲覧や、必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

助成対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	住所	〒 高岡市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		電話番号 ( )			
がんの治療状況	医療機関名		主治医名		治療方法		
					手術・放射線・薬剤 その他 ( )		
助成対象経費等	補正具の区分	ウィッグ		乳房補正具 (右側)		乳房補正具 (左側)	
	購入費	円		円		円	
	①	上限30,000円又は購入費の1/2 (100円未満切捨) のいずれか低い額		上限20,000円又は購入費の1/2 (100円未満切捨) のいずれか低い額			
		円		円		円	
	②	上限10,000円又は①の1/2のいずれか低い額		上限5,000円又は①の1/2のいずれか低い額			
	円		円		円		
助成申請額 (①+②)		円		円		円	
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)		<input type="checkbox"/> (1) ウィッグの場合 ①放射線治療または抗がん剤治療を受けたことが記載された診療明細書 ②治療方針計画書または治療の同意書など (病名がわかる書類) 乳房補正具の場合①乳房切除術と記載された診療明細書 ②治療方針計画書または治療の同意書など (片側または両側など部位がわかる書類) <input type="checkbox"/> (2) ウィッグ、乳房補正具の購入に係る領収書の原本等 (購入した補正具、購入日及び購入費を証明する書類) <input type="checkbox"/> (3) 振込先口座が確認できるもの (通帳またはキャッシュカード等) の写し					
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		預金種別 普通 ・ 当座	
	フリガナ						
	口座名義 (※申請者名義)			口座番号			

(高岡市記入欄)

受付日 年 月 日

添付書類確認

交付決定額 円

来所者が本人以外の場合電話番号確認

受付	確認者