

記入見本

点線枠内をご記入ください。

申請日を記入(一番古い購入日の翌日から1年以内の日付)

様式第1号(第5条関係)

高岡市がん患者補正具購入費助成金交付申請書

令和5年〇月〇日

申請者と助成対象者と口座名義人を同一と  
してください。(助成対象者が未成年の場合  
は、申請者を助成対象者と同一世帯の方と  
してください。)

(申請者) 住所 高岡市〇〇町〇-〇  
氏名 高岡 花子  
助成対象者との続柄 本人  
電話番号 0766-20-〇〇〇〇

日中連絡がとれる電話番号を記入してください。

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	タカオカ ハナコ		生年月日	昭和〇〇年〇月〇			
	氏名	高岡 花子						
	住所	〒933-〇〇〇〇 高岡市〇〇町〇-〇		電話番号	0766-(20)-〇〇〇〇			
がんの治療状況	医療機関名	〇〇病院	主治医名	〇〇医師	治療方法 手術・放射線・薬剤 その他( )			
	がんの治療を受けていることを証する書類	診療明細書・治療方針計画書・治療の同意書・その他( )						
助成申請額	ウィッグ	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 〇〇,〇〇〇円		乳房補正具(右側)	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			
	乳房補正具(左側)							
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<p>購入費(税込)×1/2した後、100円未満を切り捨ててください。その額が、ウィッグは30,000円以上の場合は、助成申請額は30,000円、乳房補正具は20,000円以上の場合は、助成申請額は20,000円です。</p> <p><b>例1) ウィッグ購入費(税込)52,880円の場合</b>                  ①52,880円×1/2=26,440円                  ②26,440円-40円=26,400円(100円未満切り捨て)                  ③26,400円は30,000円より低い額なので、申請額は、26,400円</p> <p><b>例2) ウィッグ購入費(税込)75,880円の場合</b>                  ①75,880円×1/2=37,940円                  ②37,940円-40円=37,900円(100円未満切り捨て)                  ③37,900円は30,000円より高い額なので、申請額は、上限の30,000円</p>							
振込先	金融機関名	〇〇	銀行	〇〇	本店	預金種別		
	フリガナ	タカオカ ハナコ		支店	普通			
	口座名義 (※申請者名義)	高岡 花子		出張所	当座			
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7

【提出方法】申請は下記まで来所、または郵送でご提出ください。

【提出先】〒933-0045 高岡市本丸町7-25 高岡市健康増進課 成人保健係

TEL:0766-20-1345