

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 抗がん剤名や放射線治療を受けたことが記載された 診療明細書と治療方針計画書または治療の同意書の写し等 乳房補正具の場合 乳房切除術と記載された 診療明細書と治療方針計画書または治療の同意書の写し等 <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	
	フリガナ					普通 ・ 当座	
	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

受付	確認者