

高岡市がん患者補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）高岡市長

（申請者） 住所 _____

氏名 _____

助成対象者との続柄 _____

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								
	住所	〒 高岡市		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 ()				
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		乳房補正具（右側）		乳房補正具（左側）				
	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				
添付書類 <small>（添付した書類に☑をつけてください）</small>	<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 <small>（購入した補正具、購入日及び購入費を証明する書類）</small> <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 <small>（※申請者名義）</small>				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