

別記様式第1号（第4条関係）

美濃市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

美濃市長 様

住所 _____

申請者

氏名 _____ (続柄 _____)

美濃市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。
※太枠内を記載ください。

対象者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日 (歳)
	住 所	〒 _____		電話番号 _____ - _____
がんの治療状況		医療機関名 及び診療科		
		主治医名		
		治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 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 ・ がん医療連携クリティカルパス ・ その他 (_____)		
当該医療用補正具の費用について美濃市以外の市区町村の助成金受給の有無		無 ・ 有		
助成対象経費	医療用補正具の種類	医療用ウィッグ		乳房補正具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日
	領収書の名前及び対象者との続柄	(続柄 _____)		(続柄 _____)
	購入費用	ア _____ 円 (税込)		エ _____ 円 (税込)
	購入費用の1/2の額	イ (アの1/2の額、1,000円未満切捨て) _____ 円		オ (エの1/2の額、1,000円未満切捨て) _____ 円
	助成対象額	ウ (イ又は20,000円のいずれか少ない方の額) _____ 円		カ (オ又は20,000円のいずれか少ない方の額) _____ 円
助成金交付申請(請求)金額 (※ウとカの合計額を記入してください。)				_____ 円
振込先 指定口座		ふりがな		
		口座名義		
		金融機関名	店舗名	
		口座種別	口座番号	

(添付書類)

- 当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の写し(宛名、購入日、購入金額、金額内訳、医療用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの)
- 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類
- 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し(表紙裏の見開きのコピー)