様式第１号（第５条関係）

能代市がん患者補正具購入費補助金交付申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

能代市長　　様

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（助成対象者が未成年の場合、申請者（親権者）の氏名を記載）

能代市がん患者補正具購入費補助金交付要綱第５条第１項の規定に基づき補助を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、次のことについて同意します。

・医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
・市から県及び他の市町村（以下「関係市町村等」という。）に対し、当該関係市町村等における助成実績を照会すること
・市から関係市町村等に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること
・申請に要する住所情報を閲覧すること

補助対象者	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	年　　月　　日
	住所	〒 電話　　（　　）		
申請者※1	ふりがな		補助対象者との関係	
	氏名			
	住所	〒 電話　　（　　）		

補助対象経費	補正具種類	頭髪補正具	乳房補正具（右側）	乳房補正具（左側）
	購入日	令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日
	購入金額	円	円	円
	交付申請額	円	円	円

過去の補助金受領の有無	１．無　　２．有（　　年度受領済み）				
振込先	金融機関名	支 店 名	口座種別	口座番号	（フリガナ） 口座名義人
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		

太枠の中を記入してください。

※１　助成対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に保護者など親権者の氏名等を記入してください。

＜添付書類＞　１．補正具の購入に係る領収書の写し
２．医療機関から発行された病名及び治療方法が分かる書類（化学療法・手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書）又はがん治療受診証明書