

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

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	頭髮補正具	乳房補正具（右側）	乳房補正具（左側）	
	購入日	年 月 日	年 月 日	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、治療方法及び補正具を必要とする理由が分かる書類（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（様式第2号）
 3. 通帳やキャッシュカード等、振込先口座情報が分かるものの写し