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 | 頭髪補正具 | | 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