

がん患者補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

勝山市長 様

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の助成を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 市の住民基本台帳情報及び所得課税状況等、助成金の交付決定に必要な事項を確認すること。
- 市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を確認すること。
- 市から県に対し、助成実績にかかる情報を提供すること。

申請者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒 勝山市 連絡先		
対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（下記記載不要）			
	ふりがな 氏名	申請者との続柄（ ）	生年月日	年 月 日
	住所	〒 勝山市 連絡先		
購入品目	<input type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ・帽子	<input type="checkbox"/> 補整下着	<input type="checkbox"/> 人工乳房	
購入金額	円	円	円	
購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 脱毛や乳房切除術を伴う治療を実施している（した）ことがわかる書類（写し可） 医療機関、治療内容を確認することのできる手術同意書、治療方針計画書、診療明細書、診断書等 <input type="checkbox"/> 領収書（原本） 購入者、購入日、品目、金額、購入先の店名および住所記載のもの <input type="checkbox"/> 購入したことを確認できるもの（写し可） 商品カタログ、購入品の写真、オーダーした商品の場合は見積書等 <input type="checkbox"/> 申請者名義の通帳の口座情報が確認できる部分の写し（通常は表紙の裏側）			

※対象者が未成年の場合は、申請者欄に法定代理人の氏名等を記入してください。