

様式第1号（第5条関係）

二戸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

二戸市長 様

申請者 住 所
氏 名 ㊞（続柄 ）
電話番号

二戸市がん患者医療用補正具購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、助成金の交付の決定があったときは、次の振込先に助成金を交付するよう請求します。

また、申請内容の確認のために市が保有する対象者及び申請者の個人情報を閲覧すること、並びに病名及び治療方法について医療機関等に問い合わせることに同意します。

対象者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日（ 歳）
	住所	〒		
購入した補正具等 ※該当するものを○で囲んでください。	種類	購入年月日	購入経費（税込）	
	1. 医療用ウィッグ	年 月 日	円	
	2. 乳房補正具（右側）			
	3. 乳房補正具（左側）			
他の公的助成金受給の有無	有 ・ 無			
申請金額の算定	補正具等購入経費	アの1/2の額 ※1,000円未満切り捨て	助成金上限額又はイのいずれか低い額	
	ア 円	イ 円	ウ 円	
助成金交付申請金額		円		
振込先	金融機関名		支店名	
	種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	口座名義人（カタカナ）			

（注意事項）

- ・ 補正具の種類ごとに、申請書を1枚提出すること。
- ・ 振込先は「対象者」又は「対象者の保護者（対象者が未成年者の場合）」の名義に限ります。

（添付書類）

1. がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていることを証明する書類の写し
2. 補正具を購入したことを証明する書類の写し
3. 本人を確認する書類の写し（代理申請の場合は、助成対象者及び申請者の本人確認書類が必要です。）