

日立市がん患者サポート事業助成金交付申請書

年 月 日

日立市長 殿

【申請者】

住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_

助成対象者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

日立市がん患者サポート事業助成要綱の規定に基づき、ウィッグ、乳房補整具及び福祉用具等の購入費及びレンタル費の助成を受けたいので、下記のとおり申請、請求いたします。  
 なお、医療機関に治療内容、購入及び貸与先にその内容、私に係る住民基本台帳及びその他必要な事項を調査することについて同意します。

記

ふりがな		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
氏名							(	歳)
治療状況	医療機関名	主治医名		治療方法		がん種		
				手術・放射線 薬剤・その他 ( )				

種類	購入・レンタル費用	申請額	領収書の日付
	A	A×1/2 又は3万円のいずれか低い額を記載 ※1,000円未満切捨て	
ウィッグ	円	円	1枚目 ( 年 月 日)
			2枚目 ( 年 月 日)
			3枚目 ( 年 月 日)
乳房補整具	円	円	1枚目 ( 年 月 日)
			2枚目 ( 年 月 日)
			3枚目 ( 年 月 日)
福祉用具	福祉用具名		
	円	円	1枚目 ( 年 月 日)
			2枚目 ( 年 月 日)
			3枚目 ( 年 月 日)
申請金額（ウィッグ・乳房補整具・福祉用具の合計）			円

《振込先》

振込先 (本人名義の口座に限る)	銀行・金庫 農協・組合							本店 支店
	普通・当座							
	フリガナ							
	口座名義人							
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 購入及びレンタルを受けた日と内容、金額の分かる書類（領収書等）【原本】 <input type="checkbox"/> がん治療を受けた又は現に受けていることが分かる書類（治療内容に関する説明書や診断書、治療方針計画書等）【写し】 <input type="checkbox"/> 福祉用具の助成を患者の家族が申請する場合は、3親等以内の親族であることを証明する書類（戸籍謄本など）【原本】 <input type="checkbox"/> 申請者名義の通帳の写し（銀行、支店名、口座番号、口座名義人が確認できるもの）							

