

様式第 1 号(第 5 条関係)

西予市がん患者補整具等購入助成金交付申請書

年 月 日

西予市長 様

(申請者)

住所 西予市

氏名

電話番号 - -

対象者との関係 ()

頭髪補整具及びその他補整具の購入費の助成を受けたいので、西予市がん患者補整具等購入助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

フリガナ			生年月日	年 月 日生
対象者氏名				
住 所	〒 西予市 電話 - -			
がんの 治療状況	医療機関名	主治医	治療方法	
			手術・薬物療法・放射線治療 その他()	
同意書兼 誓約書	上記申請に係る審査にあたり、税務情報及び住民基本台帳等の閲覧を行うことに同意します。 必要に応じて、治療を受けた医療機関及び購入先等に対して調査することに同意します。 助成を申請する補整具は、医療保険各法による医療の給付の対象となるものではありません。 また、過去に国又は他の自治体において同一区分の助成を受けていないことを誓約します。 年 月 日 申請者氏名			
添付書類	☐ がん治療を受けたこと又は現に受けていることを証明する書類 ☐ 頭髪補整具及びその他補整具の購入日及び金額の明細が分かる書類(領収書等) ☐ (弾性着衣の場合)医師指示書の写し			

市記入欄

頭髪補整具	購入年月日(最も早いもの)	購入額(税込み)	①頭髪補整具助成申請額※
		円	円
その他補整具	購入年月日(最も早いもの)	購入額(税込み)	②その他補整具助成申請額※
		円	円
			助成申請額(①+②)
			円

※申請額は 3 万円又は購入費(税込み)の 1/2 のいずれか少ない方の額

受給者番号