

八戸市がん患者医療用補整具購入費助成事業助成金交付申請書兼請求書

令和〇年 〇月 〇日

(宛先) 八戸市長

申請者 住所 八戸市〇〇

氏名 八戸 花子

(対象者が未成年の場合 続柄)

電話番号 000-0000-0000

八戸市がん患者医療用補整具購入費助成金の交付を受けたいので、八戸市がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添え、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、私は、八戸市が住所等の確認のため、私の住民記録の閲覧をし、又は補助要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

対象者	フリガナ	ハチノヘ ハナコ		生年	S・H・R 〇年 〇月 〇日 (〇歳)		
	氏名	八戸 花子		複数購入した場合は、 全ての購入日をご記入 ください。			
	住所	〒031-0000 八戸市〇〇		電話番号 000-0000-0000			
購入した補整具 <small>※該当するものを ○で囲む</small>	種類		購入年月日		補整具購入経費 (税込)		
	1. 医療用ウィッグ		令和〇 〇 〇 年 月 日		ア 例) 70,000 円		
他からの助成の有無 <small>※いずれかを○で囲む</small>		有 ・ 無					
申請金額の算定		補整具購入経費 (税込)		アの2分の1の額 <small>※100円未満切捨て</small>		助成金額上限額 3万円 又はイのいずれか低い額	
		ア 例) 70,000 円		イ 例) 35,000 円		ウ 例) 30,000 円	
助成金交付申請額		例) 30,000 円					
振込先		金融機関		銀行・金庫 農協・組合		本店・支店 本所・支所	
金額の記入の修正はできません (訂正印も不可)。 書き損じた場合は、書き直しをお願いします。		普通 当座		口座 番号		0 0 0 0 0 0 0	
		フリガナ		ハチノヘ ハナコ			
氏名		八戸 花子 (※申請者の名義に限ります)					

(注意事項)

- ・補整具の種類ごとに、申請書兼請求書を1枚提出すること。
- ・「振込先」は、「対象者」又は「対象者の保護者 (対象者が未成年の場合)」の名義に限ります。

(添付書類)

1. がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類 (診断書、診療明細書等) 又はその写し
2. 補整具を購入したことを証明する書類 (領収書等の原本)
3. 振込を希望する銀行口座が確認できる書類の写し
4. 本人を確認する書類、又はその写し (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。)

八戸市がん患者医療用補整具購入費助成事業助成金交付申請書兼請求書

令和〇年 〇月 〇日

(宛先) 八戸市長

申請者 住所 八戸市〇〇

氏名 八戸 花子

(対象者が未成年の場合 続柄)

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

八戸市がん患者医療用補整具購入費助成金の交付を受けたいので、八戸市がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添え、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、私は、八戸市が住所等の確認のため、私の住民記録の閲覧をし、又は補助要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

対象者	フリガナ	ハチノヘ ハナコ	生年	S・H・R 〇年 〇月 〇日 (〇歳)	
	氏名	八戸 花子	複数購入した場合は、 全ての購入日をご記入 ください。		
	住所	〒031-0000 八戸市〇〇	電話番号 000-0000-0000		
購入した補整具 <small>※該当するものを ○で囲む</small>	種類	1. 医療用ウィッグ 2. 胸部補整具	購入年月日	補整具購入経費 (税込)	
			令和〇 〇 〇 年 月 日 令和〇 〇 〇	ア 例) 42,550 円	
他からの助成の有無 <small>※いずれかを○で囲む</small>	有 ・ 無				
申請金額の算定	補整具購入経費 (税込)	アの2分の1の額 <small>※100円未満切捨て</small>		助成金額上限額3万円 又はイのいずれか低い額	
	ア 例) 42,550 円	イ 例) 21,200 円	ウ 例) 21,200 円	例) 21,200 円	
助成金交付申請額	例) 21,200 円				
振込先	金融機関	〇〇		本店・支店 本所・支所	
	普通 当	〇〇		0 0	
フリガナ	ハチノヘ ハナコ				
氏名	八戸 花子 (※申請者の名義に限ります)				

金額の記入の修正はできません (訂正印も不可)。書き損じた場合は、書き直しをお願いします。

(例)42,550 円の2分の1の額は、21,275 円ですが、100円未満切捨てのため、21,200 円と記入します。

(注意事項)

- ・補整具の種類ごとに、申請書兼請求書を1枚提出すること。
- ・「振込先」は、「対象者」又は「対象者の保護者 (対象者が未成年の場合)」の名義に限ります。

(添付書類)

1. がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類 (診断書、診療明細書等) 又はその写し
2. 補整具を購入したことを証明する書類 (領収書等の原本)
3. 振込を希望する銀行口座が確認できる書類の写し
4. 本人を確認する書類、又はその写し (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。)