

様式第 1 号 (第 5 条関係)

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

(申請者) 住 所
氏 名
電話番号

袖ヶ浦市がん患者等医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

袖ヶ浦市がん患者等医療用補整具購入費助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求をします。なお、助成金の交付決定に係る審査に必要な範囲内において、医療機関に治療内容を照会し、及び住民基本台帳その他必要な事項を調査することに同意します。

記

対 象 者	ふりがな			生 年	年 月 日	
	氏 名			月 日	(歳)	
	住 所			電話 ()		
治療状況	医療機関名		主治医		治療方法	
					手術・放射線・薬剤 その他 ()	
ウィッグ の購入	購 入 年月日	購入額 (税込)	アの 1 / 2 の額 (千円未満切り捨て)		上限 3 万円又は イのいずれか低い額	
		ア	イ		ウ	
胸部補整具 の購入	購 入 年月日	購入額 (税込)	エの 1 / 2 の額 (千円未満切り捨て)		上限 2 万円又は オのいずれか低い額	
		エ	オ		カ	
助成申請額	ウ又はカ、またはウ＋カ			本事業助成の有無		
	円			有 (ウィッグ・胸部補整具 ・ 無 年 月 日決定)		
振 込 先	金融 機関名	銀行・金庫 本店・支店 ・組合 ・出張所		預金種別 普通 ・ 当座		
	フリガナ 口座名義			口座 番号		

記載例

様式第1号（第5条関係）

令和6年 4月 10日

袖ヶ浦市長 様

(申請者) 住 所 袖ヶ浦市坂戸市場1-1
氏 名 袖ヶ浦 花子
電話番号 0438(62)3162

袖ヶ浦市がん患者等医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

袖ヶ浦市がん患者等医療用補整具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請及び請求をします。なお、助成金の交付決定に係る審査に必要な範囲内において、医療機関に治療内容を照会し、及び住民基本台帳その他必要な事項を調査することに同意します。

記

対象者	ふりがな	そでがうら はなこ		生年	昭和35年 10月 1日					
	氏名	袖ヶ浦 花子		月日	(63歳)					
	住所	〒299-0292 袖ヶ浦市坂戸市場1-1 電話0438(62)3162								
治療状況	医療機関名	袖ヶ浦市立病院		主治医	袖山医師					
					手術・放射線・薬剤 その他 ()					
ウィッグの購入	購入年月日	購入額(税込)	アの1/2の額(千円未満切り捨て)	イ	上限3万円又はイのいずれか低い額					
	R6.4.5	84,500円	42,000円	ウ	30,000円					
胸部補整具の購入	購入年月日	購入額(税込)	エの1/2の額(千円未満切り捨て)	エ	上限2万円又はオのいずれか低い額					
				オ	円 円					
助成申請額	ウ又はカ、またはウ+カ			本事業助成の有無						
	30,000円			有(ウィッグ・胸部補整具)・無() 年 月 日決定)						
振込先	金融機関名	ガウラ (銀行) 金庫 ウラリー (本店・支店) 組合 出張所		預金種別						
				普通 当座						
フリガナ	そでがうら はなこ		口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義	袖ヶ浦 花子									

過去に本事業で助成を受けたことがある場合は「有」に○をしてください。