

様式第1号(第4条関係)

加賀市がん患者補整具購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)加賀市長

申請者 住所
氏名
続柄
電話

加賀市がん患者補整具購入費用助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、加賀市が本申請の審査に必要な範囲で住民基本台帳、医療機関での受診歴、他の行政機関での助成状況を確認することに同意します。

助成対象者	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日 (歳)
	住所 (申請者と同一の場合は記載不要)	〒		
		電 話 ()		
(申請額 購入額)	補整具の種類	ウィッグ ・ 乳房補整具		
	購入費	円		
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合		本店 支店 支所
	預金種別	普通	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
添付書類	<input type="checkbox"/> がんの治療を受けた又は現に受けていることを証する書類 (化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等) <input type="checkbox"/> 補整具の購入年月日及び購入費用の明細を証する書類 <input type="checkbox"/> 同種の他の助成金を受けている場合はその交付の額がわかる書類			