

第1号様式（第5条関係）

柏崎市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

柏崎市長 様

申請者（助成対象者）

住所 柏崎市

氏名

電話番号

柏崎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、関係書類を添えて、下記のとおり申請及び請求します。

なお、申請するに当たり、柏崎市が医療機関に治療内容を照会するなど、助成金の交付に関し必要な事項を照会及び確認することに同意します。

記

助成対象者 (申請者)	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	柏崎市		
助成対象購入費用等	・医療用ウィッグ		・乳房補整具	
	購入額	円	購入日	年 月 日
	過去における助成金受給の有無			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
交付申請・請求額		円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義			
委任状	私は、上記の口座名義人に助成金の受領を委任し、受任者の口座に助成金が振り込まれることをもって助成金を受領したものと認めます。 (申請者) (申請者と口座名義人が異なる場合、委任状の部分にも署名してください。)			
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書・診断書、治療計画書、抗がん剤名・乳腺腫瘍手術が記載された診療証明書の写し <input type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書の写し等（補整具名、購入者、購入日、購入費が確認できるもの） <input type="checkbox"/> 商品カタログ等購入した補整具が確認できるもの <input type="checkbox"/> 振込先口座の通帳の写し			