

記入例

第1号様式（第5条関係）

※添付書類の追加等を防ぐため、可能な方は申請前に健康推進課(TEL:0257-20-4211)へご連絡ください。

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

柏崎市長 様

太枠内を記入してください

20●●年 5月 1日

申請者（助成対象者）

住所 柏崎市日石町2番1号

氏名 柏崎 花子

電話番号 0257-20-4210

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	柏崎 花子	生年月日	1980年 1月 1日	
	住所	柏崎市 日石町2番1号			
助成対象購入費用等	医療用ウィック ・ 乳房補整具				
	購入額	60,000円	購入日	20●●年4月20日	
	過去における助成金受給の有無		<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		
交付申請・請求額		20,000円			
振込先	金融機関名	柏崎 <small>銀行 金庫 農協・組合</small>	柏崎 <small>本店 支所</small>	購入額の半分の金額 ※上限20,000円 ※千円未満切り捨て	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		0123456
	(フリガナ) 口座名義	カシワザキ ハナコ 柏崎 花子			
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 全てをご用意いただく必要はありません がんの病名、がんの治療(抗がん剤名など)により脱毛や乳房を切除したことが分かる書類として、これらの中からお持ちください (これらに類する書類でも構いません)				