

様式第1号（第6条関係）

常総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

常総市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号



医療用補整具の購入に係る助成金の交付を受けたいので、常総市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱の規定により次のとおり申請及び請求をします。なお、助成金の交付の決定に係る審査に必要な範囲において、医療機関に治療内容を照会し、及び私に係る住民基本台帳、納税状況その他必要な事項を調査することについて同意します。

1 助成金交付対象者

ふりがな		性		生年	年 月 日
氏 名		別		月 日	(歳)
治療状況	医療機関名	主治医名		治療方法	
				<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ()	

2 助成金交付申請（請求）額 _____ 円

種 類	購 入 額	県 補 助 金 交 付 額	差 引 購 入 額	助 成 金 算 定 基 準 額	助 成 金 額
	A	B	C=A-B	C×1/2	
医療用 ウィッグ	円	円	円	円	円
乳房補整具	円	円	円	円	円

備考

- 1 県補助金交付額欄は、いばらきがん患者トータルサポート事業による補助金の交付を受けている場合に限り、記載してください。
- 2 助成金額欄は、助成金算定基準額又は10,000円のいずれか低い額を記載してください。

助成金を次に指定する金融機関の口座へ振り込むことを依頼します。

金融機関名		支店名	
預金種類	普通 当座 総合 その他	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			