

様式第 1 号

柏原市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

柏原市長 様

申請者	住所
及び	氏名 印
請求者	助成対象者との続柄 ()
	電話番号

申請者は、助成対象者が成年の場合は助成対象者、
未成年の場合は法定代理人となります。

下記のとおり、がん患者医療用補正具購入費助成金を申請します。
なお、市が助成要件（住所等）を住民基本台帳等により確認すること、医療機関に治療内容を照会すること及び補正用具購入先に購入内容を照会することに同意します。

助成対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名				
	住所			電話番号	()
助成対象補正具	区分	医療用ウィッグ		乳房補正具	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用	(A)	円	(D)	円
	助成限度額	(B)	10,000 円	(E)	10,000 円
	助成対象額	【(A)の1/2又は(B)のうちいずれか低い額】 (C) 円		【(D)の1/2又は(E)のうちいずれか低い額】 (F) 円	
申請・請求額		円 (※(C)と(F)の合計)			
添付書類		<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書や医師の診断書、治療方針計画書など (※1) <input type="checkbox"/> 対象補正具の購入にかかる領収書 (※2) <input type="checkbox"/> 振込先金融機関の通帳又はカードの写し			
振込先口座	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		支店名	本店・支店 出張所
	口座番号	普通 当座		口座名義人 (申請者と同じ)	カナ 氏名

※1 がん治療を受けた又は現に受けていることが証明できる書類で、医療用ウィッグの場合は抗がん剤使用等の治療がわかるもの、乳房補正具の場合は外科的治療による乳房摘出術と部位を証明するもの（コピー可）

※2 「申請者名又は助成対象者名」「購入日」「購入品目」「購入金額」「領収書発行元」がわかるもの

市記入欄

担当	証明書等	領収書	住基確認	支給・不支給	(委任状)