様式第１号（第５条関係）

富谷市がん患者等医療用補正具助成金交付申請書

年　　月　　日

富谷市長　　　　　　　殿

　　　　住所　富谷市

氏名　　 　　　　　　　　　（続柄　　　　）

電話番号

|  |
| --- |
| 富谷市がん患者等医療用補正具購入助成事業交付要綱第５条第１項の規定により，下記のとおり関係書類を添えて申請します。  なお，私は，市職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において，私の世帯における市で保有する住民記録情報，税務情報及び診療報酬明細書の閲覧並びに治療を受けた医療機関，購入先その他関係機関等へ照会することについて，同意します。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者（児） | フリガナ |  | | | | | | 性別 | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | 男・女 | | | | |  | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 住所 | 〒  富谷市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療等の状況 | | 病名等 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医名 | |  | | | | | | 治療方法 | | | | | 手術・放射線・薬剤  その他（　　　　　） | | | | | | | |
| 治療を受けていることを証する書類 | | お薬手帳 ・ 診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ わたしのカルテ  がん診療パス ・ その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する補正具 | | ウィッグ　・　乳房補正具（　左　・　右　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 補正具が  必要な理由 | | 就労のため ・ 社会参加のため ・その他( 　　　　　　 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他の公的助成金受給の有無 | | | | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入した  補正具 | | 購入年月日 | | | | | | | 購入経費（税込価格） | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請金額の算定 | | | | | | | | | | | | 助成金申請金額 | | | | | | | | | | |
| 補正具の  購入経費 | | | アの1／2の額 | | | 助成金上限額又は  イのいずれか低い額 | | | | | |
| ア  円 | | | イ  円 | | | ウ  円 | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 銀行 信金 信組 農協  本店　　　　　　 　　　　支店・出張所 | | | | | | 口座番号  (左づめ) | | | |  | | |  | | |  |  |  |  |  | |
| 預金種別 | | 普通 ・ 当座 | | | | 金融機関  コード | | | |  | | |  | | |  |  |  |  |  | |
| 口座名義人 | | （カタカナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （漢　字） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※注意事項　振込先は「対象者」又は「対象児の親権者」申請者名義に限ります。

※関係書類　１．化学療法に関する説明書や診断書,治療方針計画書等

　　　　　　２．補正具の購入に係る領収証書（購入日,品目及び金額が記載されているもの）