様式第１号（別表関係）

がん患者医療用補正具購入事業補助金交付申請書

年　　月　　日

久慈市長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　（続柄　　　）

電話番号

　がん患者医療用補正具購入事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。また、久慈市が補助金交付の適正審査のために必要な範囲において、住民記録や診療明細を閲覧、治療を受けた医療機関及び購入先等に照会することについて同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　　名 |  | 年　　月　　日 |
| 住　　　所 | 〒　久慈市 |
| 補 助 対 象 経 費 | 補正具の種類 | 医療用ウィッグ（全頭用かつら） |
| 購入金額（税込）※附属品等は含まない。 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 納入日又は購入日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円※購入金額の1/2の額（上限額２万円） |

添付書類

１　がん治療受診証明書（様式第２号）又はがん治療を受けていることを証明する書類（治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書、診療明細書等の写し）

２　購入に要する費用が確認できる書類（見積書又は領収書等の写し）

３　本人を確認する書類（運転免許証等の写し）