

男鹿市がん患者医療用補正具助成事業申請書

令和 年 月 日

(あて先) 男鹿市長 菅原 広二 様

申請者氏名

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 市から他の自治体に助成実績、医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 市から県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること
- 他の自治体から助成を受けていないこと
- 市が住所等の確認のために私の住民記録の閲覧や、必要がある場合に関係機関へ照会すること

助成対象者	ふりがな		性別	生年月日(年齢)	
	氏名		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)
	住所	〒 _____ 電話 ()			
申請者※1	ふりがな		助成対象者との関係		
	氏名				
	住所	〒 _____ 電話 ()			
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ(全頭用かつら)	購入費用	ア _____ 円(税込)	
	購入日	年 月 日	助成限度額(30,000円)又は、アのいずれか低い額	イ _____ 円	
	補正具の種類	乳房補正具	購入費用	ウ _____ 円(税込)	
	購入日	年 月 日	助成限度額(20,000円)又は、エのいずれか低い額	エ _____ 円	
助成申請額		円(※イとエの合計を記入してください。)			
添付書類 (添付した書類に <input checked="" type="checkbox"/> をつけて ください)	<input type="checkbox"/> ① 化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など <input type="checkbox"/> ② 領収証書の写し(購入日、品目、金額入り。ウィッグは「全頭用」の記載のあるもの。乳房補正具は「補正パッド」又は「人工乳房」の記載のあるもの。)				

※1 受診者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に保護者など親権者の氏名等を記入してください。

注) 太枠内を記入してください。

注) 補正具の購入した日の属する翌年度内に申請してください。

注) 申請内容等に虚偽があった場合は、助成金の返還を求める場合があります。