

(あて先) 浜松市長

申請者氏名

(署名又は記名押印をしてください)

(補助対象者が未成年の場合、法定代理人が署名又は記名押印)

がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。
 また、補助の適性、補助金額等を判断するため、浜松市職員が下記の行為を行うことに同意します。
 ・申請者及び補助対象者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること
 ・医療機関に治療内容を照会すること、及び医療用補整具の購入先に購入内容を照会すること

補助対象者	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 (歳)	
	住 所	〒		電話 ()	
申請者※	ふりがな	補助対象者との関係	父 ・ 母 ・ その他 ()		
	氏 名				
	住 所	〒		電話 ()	
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ (全頭用かつら)		乳房補整具(補整下着又は人工乳房のいずれか)	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用	ア 円(税込)		エ 円(税込) キ 円(税込)	
	補助限度額	イ 20,000円		オ 20,000円 ク 100,000円	
	補助対象額	ウ【アに1/2を乗じて得た額 (小数点未満切り捨て) 又はイのうちいずれか低い額】 円		カ【エに1/2を乗じて得た額 (小数点未満切り捨て) 又はオのうちいずれか低い額】 円	
補助申請額	円 (※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)				
過去の受給状況	浜松市又は他の地方公共団体からの医療用補整具の購入費補助等の受給の有無 (有 ・ 無)				
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 薬物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"/> 領収書 (購入日 (同日であれば領収日も可)、品目、金額入り。医療用ウィッグは「全頭用かつら」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。) <input type="checkbox"/> 市税納付・納入確認同意書 (様式第2号) <input type="checkbox"/> 暴力団排除に関する誓約書 (様式第3号)				
申請受付年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	
受給者番号					

注) 二重線以外の枠に記入してください。

※ 補助対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。