

横手市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

横手市長 様

申請者
フリガナ
氏名 _____

横手市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第6条の規定に基づき次のとおり関係書類を添えて申請します。また、併せて実績を報告します。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
- ・市から県および他の自治体に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること

記

申請額及び実績額 _____ 円

| | | | | | |
|--------|--------|--|-------|------|---------------|
| 助成対象者 | フリガナ氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | | 性別 | 生年月日 |
| | | | | 男・女 | 年 月 日 (歳) |
| | 住所 | 〒 _____ 電話 () | | | |
| 申請者 | フリガナ氏名 | <input type="checkbox"/> 助成対象者に同じ 助成対象者との関係() | | | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 助成対象者に同じ 〒 _____ 電話 () | | | |
| 助成対象経費 | 頭髮補正具 | 購入日 | 年 月 日 | 購入費用 | 円 (税込) |
| | 乳房補正具 | 購入日 | 年 月 日 | 購入費用 | 円 (税込) |

※添付書類

- 1.領収書等支出を証する書類の写し
- 2.がん治療を受けていること、及びがん治療に伴い脱毛し、又は乳房を切除したことを証明する書類の写し

担当使用欄

| | | | | | |
|------|-----|-----|---------|------|-------|
| 住民確認 | 年月日 | 番 号 | 交付決定年月日 | 文書番号 | 担 当 印 |
| | | | | | |