

第1号様式（第6条関係）

沼津市がん患者医療用補整具購入費助成金支給申請書 兼 請求書

（宛先）沼津市長

申請者	ふりがな				対象者との関係
	氏名				
	生年月日	年	月	日	性別
	住所 電話番号	〒 -			男・女
対象者 (申請者と同じ場合は記入不要)	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	性別
	住所	〒 -			男・女
他地方公共団体が実施する医療用補整具購入費助成受給の有無					有・無 (有の場合 自治体名:)
助成対象費用	補整具の種類	医療用ウィッグ (全頭用かつら)	乳房補整具 (下記のいずれか一つ)		
			補整下着	人工乳房	
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	購入額(ア)	円	円	円	
	助成上限額(イ)	20,000円	20,000円	100,000円	
	申請額 (ア)又は(イ)いずれか低い額	円	円	円	
<p>助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。</p> <p>審査のため、必要な公簿の閲覧について同意します。また、医療機関及び補整具購入先に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。</p> <p>年 月 日 対象者氏名 ⑩</p>					

振込先 指定口座	金融機関	銀行 本店 金庫 農協 支店		
	口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			
	委任状 ※口座名義人が対象者と同じ場合は、下記は記入不要			
助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。				
年 月 日 対象者氏名 ⑩				