

様式第 1 号（第 4 条関係）

魚津市がん患者補正具購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

魚津市長 あて

(申請者) 〒  
住所  
氏名  
(助成対象者との続柄)  
電話番号

魚津市がん患者補正具助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。また、交付要件の確認のため、所在及び市税等の納付状況について確認することに同意します。

助成対象者	フリガナ		生年月日（申請時における年齢）	
	氏名		年 月 日（ 歳）	
	住所 （申請者と同一の場合には記載不要）	〒	電話番号（ ） -	
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ（保護用ネット含む）	乳房補正具（右・左）	
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用(A)※	円（税込）		円（税込）
	(A)の1/2の額	円		円
	(B)	※1,000円未満切捨		※1,000円未満切捨
	上限限度額 (C)	20,000円		左右 各 10,000円
(B)または(C)のいずれか低い額	①	円	②	円
助成申請額（①+②）		円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 本店・支店	預金種別	普通・当座
	フリガナ 口座名義人	信用組合・農協 出張所	口座番号	
添付書類		<input type="checkbox"/> ①がん治療を受けている又は受けていたことが分かる書類 (化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等) <input type="checkbox"/> ②補正具の領収書等、購入した金額及び商品が分かる書類 <input type="checkbox"/> ③同種の他の助成金を受けている場合は、その交付の額が分かる書類		

※同種の他の助成金等を受けている場合は、その交付の額を差し引いた額を記入。