

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 宛

（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 (B)	円 ※1,000円未満切捨	円 ※1,000円未満切捨
	上限限度額 (C)	20,000円	左右 各 10,000円
	(B)又は(C)のいずれか低い額 (D)	①-1 円	②-1 円
	加算（県補助） (D)の1/2の額	①-2 円	②-2 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 信用組合・農協 出張所	預金種別 普通・当座
	フリガナ 口座名義人		口座番号
添付書類	□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） □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 □③同種の他の助成金等の交付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。