

様式第1号 (第7条関係)

稲敷市がん患者ウィッグ及び乳房補整具購入費等助成金交付申請書兼請求書

助成対象者	ふりがな			生年月日				
	氏名			年 月 日 (歳)				
がんの 治療状況	医療機関名		主治医名		治療方法 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ()			
補整具の 種類	ウィッグ	<input type="checkbox"/> 購入日		年 月 日				
		<input type="checkbox"/> レンタル期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
		<input type="checkbox"/> 購入額 (税込)				円		
		<input type="checkbox"/> レンタル額 (税込)				円		
		県の補助金交付 (有・無)				円		
	対象費用		※購入額から県の補助額を差し引いた額		[ア]		円	
	申請額 (対象経費が1万円に満たないときは [ア]の額)						円	
	乳房補整具	購入日		年 月 日				
		購入額 (税込)				円		
		県の補助金交付 (有・無)				円		
対象費用		※購入額から県の補助額を差し引いた額		[イ]		円		
申請額 (対象経費が1万円に満たないときは [イ]の額)						円		
申請 (請求) 金額 (ウィッグと乳房補整具の申請額の合計)						円		
振込 金融 機関	金融 機関名	銀行・金庫 農協・組合			本店・支店・本所 支所・出張所			
	預金種目	普通	普通以外 (種別:)	口座番号				
	ふりがな 口座名義							
<p>稲敷市がん患者ウィッグ及び乳房補整具購入費等助成金の交付を受けたいので、関係書類を添え申請 (請求) します。なお、次のことについて同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 助成金の交付決定に必要な範囲内において市が保有する私に関する情報を利用すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 市が茨城県に補助金の交付内容を照会すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 市が医療機関に治療内容を照会し、及び購入又はレンタル先に内容を照会すること。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 千</p> <p style="text-align: right;">住 所 氏 名 電話番号</p>								
稲敷市長 宛て								

稲敷市処理欄

住民となった日： 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳) 年 月 日 確認者 ()			
受 付 年月日	年 月 日	担当課処理 年月日	年 月 日