第１号様式（第６条関係）

戸田市がん患者医療用補正具購入費補助金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

(宛先)

戸田市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

戸田市がん患者医療用補正具購入費補助金交付要綱第６条の規定により、次のとおり申請し、請求します。

１　対象者　□申請者と同様　□申請者と異なる→以下の項目も記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　 |  | 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 |  | 住　　所 |  |

２　補助対象医療用補正具・経費

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該当(該当に○) | (　) 医療用ウィッグ | (　)　補正下着 | (　) 人工乳房 |
| 購入日 | 　　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日 | 　 年 　 月 　日 |
| 購入費(税込) | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 |
| 上限額 | ２０，０００円 | 　　　２０，０００円 | １００，０００円 |
| 申請額 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 |

３　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 　　　　　　銀行・信用金庫 | 支店・本店 |
| 口座種別 |  　　普通・当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

※　添付書類

(1)　薬物療法に関する説明書、診断書、治療方針計画書等

(2)　補助対象経費の支払を証明する書類

(3)　市税を滞納していないことを証明する書類

|  |
| --- |
| 同意書　当該補助金の交付の審査に当たり、必要があるときは、私及び私の世帯員の世帯状況、市税の納税状況について、関係する担当課に照会することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日(宛先)　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名（署名）戸田市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※　下記に同意した場合は、上記(3)の書類の提出を省略することができます。