

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。

フリ 氏	がな 名	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。