

記入例

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

「申請者」「口座名義」「同意書氏名」は同一の方として下さい。

申請者

住所 戸田市大字上戸田●番地の▲

氏名 大字 トダ美

生年月日 ●●●●年▲月■日

電話番号 048-446-6484

金額記載を誤った場合はお手数ですが、お書き直してください。（訂正印不可）

金融機関名、口座番号は正式名称で記載下さい。
○ゆうちょ ×郵貯

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。

ふりがな氏名	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○）	<input checked="" type="radio"/> 医療用ウィッグ	<input type="radio"/> 補正下着	<input type="radio"/> 人工乳房
購入日	2024年 5月 10日	年 月 日	年 月 日
購入費（税込）	50,000円	円	円
上限額	20,000円	20,000円	100,000円
申請額	20,000円	円	円

3 振込先

金融機関名	支店名	ゆうちょ（銀行・信用金庫）	戸田（支店）・本店
口座種別		普通	当座
口座番号		●●●●●●	
フリガナ		オオアザ トダミ	
口座名義		大字 トダ美	

※ 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

※ 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。

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)
戸田市長

申請者氏名（署名）

大字 トダ美