

記入例

様式第1号（第5条関係）

刈谷市がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

対象者本人が申請することが原則です。
ただし、対象者が未成年の場合は、申請者を保護者とすることができます。

令和 ○年 ○月 ○日
〒448-○○○○
申請者 住所 刈谷市若松町○-○-○
氏名 刈谷 花子
電話番号 (○○○) ○○○-○○○○

次のとおり申請及び請求をします。

助成対象者	ふりがな	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	大正 昭和 ○年 ○月 ○日 平成 令和
	氏名		電話番号	○○○-○○○-○○○○
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 -	続柄	本人
がんの治療状況	医療機関名	××病院		
	疾患名	乳がん		
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他()		
助成対象補整具	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具	
	購入費用	① 42,000 円	② 15,000 円	
申請（請求）額		① 20,000 円	② 7,500 円	
		(合計) ①+②		27,500 円

助成は、ウィッグ・乳房補整具、各1回限りです。
複数購入した場合は、合計金額を記入してください。

① = ① ÷ 2
② = ② ÷ 2
※購入費用（①、②）の1/2の額
※1円未満は切り捨て
※上限 20,000 円

助成金の交付に当たり、市が私の住所等の状況を調査し、並びに医療
他市町村等に必要な情報を確認することに同意します。

助成対象者氏名 刈谷 花子

こちらへの記入も
お願いします。

申請者名義の振込口座を 記入してください。	金融機関名	△△ 銀行 本店 信用金庫 ×× 支店 農協 出張所
	目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通口座 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	○○○○○○○○
	口座名義人 (カタカナ)	カリヤ ハナコ

【市記入欄】 以下は記入しないでください。

助成決定額 円

令和 年 月 日
確認者 /