

# 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

令和 ○年 ○月 ○日

〒448-○○○○

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。

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	氏名			生年月日	大正 昭和 ○年 ○月 ○日 平成 令和
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			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	○○がん				
	治療方法	<input checked="" type="checkbox"/> 手術・ <input checked="" type="checkbox"/> 放射線・ <input checked="" type="checkbox"/> 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	エピテーゼ		
	購入費用	① 42,000 円	② 15,000 円	③ 150,000 円		
申請(請求)額		① 20,000 円	② 7,500 円	③ 20,000 円		
		(合計) ①+②+③		47,500 円		

助成は、ウィッグ、乳房補整具、エピテーゼ各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、③=③÷2  
※購入費用(①、②、③)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、並びに医療機関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 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
	目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <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
助成金申請歴	無・ウィッグ・補整具・エピテーゼ

令和 年 月 日  
確認者 /