様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

八幡平市長　　　　　　様

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

八幡平市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

八幡平市がん患者医療用補正具購入費助成金について、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、市が、申請内容の審査のため、その保有する対象者及び申請者の個人情報を確認することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | ※申請者（請求者）と同じ場合は、記入は不要です。 | | |
| 購入金額 | 円 | 購入日 | 年　　月　　日 |
| 交付申請額  （請求額） | 円 | | |

【添付書類】

１　がん治療受診証明書（様式第２号）、又は受けていることを証明する書類（手術、薬物治療又は放射線治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書、診療明細書等）の写し

２　医療用補正具を購入したことを証明する書類（品目、購入の年月日及び金額の記載のある領収書等）の写し

３　本人確認書類（運転免許書、健康保険証等）の写し