

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、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	※申請者と同じ場合は、記入は不要です。		
助成対象補正具 (助成金上限額)	購入年月日	助成対象経費 (税込)	助成金上限額又は助成対象経費に2分の1を乗じて得た額のいずれか低い額(1,000円未満の端数切り捨て)
医療用ウィッグ (20,000円)	年 月 日	円	円
乳房補正具(右側) (20,000円)	年 月 日	円	円
乳房補正具(左側) (20,000円)	年 月 日	円	円
助成金交付申請額			円

【添付書類】

- 1 がん治療受診証明書(様式第2号)又はがん治療を受けた、若しく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 申請者本人の運転免許証その他官公署が発行した免許証、許可証若しくは資格証明書等(本人の写真が貼付されたもので、当該資格等の有効期限内にあるものに限る。)の写し。ただし、個人番号カードを除く。

これらの書類が提出できない場合は、健康保険の被保険者証、各種公的年金証書その他官公署が発行した書類で本人しか持ち得ないと判断されるもの(有効期限内にあるものに限る。)の写しについて、複数の提出を求めるものとする。