

燕市がん患者医療用補正具購入費補助金交付申請書

年 月 日

燕市長 様

補助金の交付を受けたいので、下記事項に同意・誓約のうえ、燕市がん患者医療用補正具購入費補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

申請者	住所	燕市			
	ふりがな 氏名				
	生年月日	年 月 日(歳)	電話番号		
補助対象 医療用補正具	補助回数 (2回目は、1回 目の購入から2 年以内に限る)	購入年月日	購入額合計 (税込価格)	補助金額 (1回目：千円未満切り捨て、上限30,000円 2回目：購入費合計の2分の1(千円未満切り捨て)、 上限15,000円)	
医療用ウィッグ	1回目	年 月 日	円	円	
	2回目	年 月 日	円	円	
乳房補正具 (右側)	1回目	年 月 日	円	円	
	2回目	年 月 日	円	円	
乳房補正具 (左側)	1回目	年 月 日	円	円	
	2回目	年 月 日	円	円	
				補助金交付申請額	円
関係書類 (すべてに☑ができるよう書類を用意してください)	<input type="checkbox"/> がん受診に係る証明書又はがん治療に関する説明書・同意書・診断書、治療計画書、抗がん剤名・乳腺腫瘍手術が記載された診療証明書等の写し <input type="checkbox"/> 補正具の購入に係る領収書の写し等(補正具名、購入者、購入日、購入費が確認できるもの) <input type="checkbox"/> 商品カタログ等購入した補正具が確認できるもの <input type="checkbox"/> 振込先口座の通帳の写し				

2 誓約事項

下記について同意・誓約します。

(1) 同意事項

- ・市の住民基本台帳情報を確認すること
- ・市から医療機関に治療内容を照会すること

(2) 誓約事項

- ・申請を行った上記の内容について、事実と相違ありません。
- ・燕市から調査の求めがあった場合は、これに応じます。
- ・他の公的助成金は受給していません。
- ・虚偽や不正等が判明した場合は、補助金の全部を燕市に返還します。

年 月 日

本人署名 _____