

新居浜市がん患者補整具等購入費助成金交付申請書

(宛名) 新居浜市長

申請者（請求者） 住 所 新居浜市  
 氏 名  
 電話番号  
 補整具等使用者との関係（ ）

補整具等購入費の助成を受けたいので、新居浜市がん患者補整具等購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、申請します。

申請額	円（①と②の合計額）		
補整具等使用者	氏 名		
	生年月日		
	住 所		
	電話番号		
がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法
			手術・放射線・薬剤 その他（ ）
ウィッグの購入	購入年月日	購入額（税込み）	①ウィッグ助成申請額
	年 月 日	円	3万円又は購入額（税込み）の2分の1 のいずれか少ない方の額 円
補整具等の購入	購入年月日	購入額（税込み）	②補整具等助成申請額
	年 月 日	円	3万円又は購入額（税込み）の2分の1 のいずれか少ない方の額 円
新居浜市における 本事業助成の有無	有 ・ 無 → 助成決定年月日（ 年 月 日）種類（ウィッグ・補整具等）		
添付書類 (添付した書類に☑ を付けてください)	<input type="checkbox"/> がんの治療を受けていることを証明する書類の写し <input type="checkbox"/> 補整具等を購入した日付及び金額の明細が分かる書類（領収書等）		
新居浜市がん患者補整具等購入費助成金交付決定のため、地方公共団体、治療を受けた医療機関及び購入先等に対して調査することを承諾します。また、過去に国や他の地方公共団体から助成を受けていないことを申し添えます。			
申請者氏名			