

記入上の注意

赤枠の部分をご記入ください

年 月 日

日付は記入しない

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 新居浜市一宮町1-5-1

氏 名 新居浜 花子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

補整具等使用者との関係 (本人)

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条の金額は記入しないを添えて、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	新居浜 花子	
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
	住 所	新居浜市一宮町1-5-1	
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法
	〇〇病院	△△ △△	手術・放射線 薬剤 その他 ()
日付・金額は記入しない	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		
添付書類 (添付した書類に☑を付けてください)	<input checked="" type="checkbox"/> がんの治療を受けていることを証明する書類 <input checked="" type="checkbox"/> 補整具等を購入した日付及び金額の明細書		初めて申請する場合は「無」に○をつける。 ※「有」の場合は、過去に申請していない種類に限り申請可能。
書類を添付したら☑をいれる	助成金交付決定のため、申請書に添付した書類の真実性を承諾します。また、申請書に添付した書類が不十分であると認められた場合は、申請書に添付した書類を再提出していただきます。		
申請者の自署	申請者氏名 新居浜 花子		