

様式第1号（第5条関係）

砺波市がん患者補正具助成金交付申請書（兼請求書）

年 月 日

砺波市長 あて

砺波市内に1年以上居住しており、関係書類を添えて下記のとおりがん患者補正具助成金を申請（請求）します。なお、本申請に係る必要事項の確認のため、医療機関・購入先に対して、治療内容・購入内容の確認や本人及び同一世帯家族の市税等の滞納状況及び住民基本台帳の情報について市が確認することに同意します。

申請者※1	ふりがな		助成対象者		
	氏名	印	の続柄		
	住所	〒 (電話 - - )			
助成対象者	ふりがな		生年月日		
	氏名		年 月 日		
	住所 (申請者と同一の場合 は記載不要)	〒 (電話 - - )			
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ(保護用ネット含む)	乳房補正具 (右・左)		
	購入日※2	年 月 日	年 月 日		
	購入費用※3 (A)	円(税込)	円(税込)		
	(A)の1/2の額 (B)	円 ※1,000円未満切り捨て	円 ※1,000円未満切り捨て		
	助成限度額 (C)	30,000円	左右 各20,000円		
	(B)または(C)の いずれか低い額	① 円	②	円	
	助成申請額 (①+②)	円			
振込先	金融機関名		支店名		
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号		
	フリガナ 口座名義人	※口座は申請者のものであること			

※1 助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に保護者の名前等を記入

※2 購入日は領収日を記入（クレジットカード払いの場合は利用明細書の利用日を記入）

※3 同種の他の助成金等を受けている場合は、その交付の額を差し引いた額を記入