

様式第1号（第7条関係）

坂戸市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

助成金の交付を受けたいので、坂戸市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

1 未成年者（未成年者の保護者が申請する場合のみ記入）

|      |  |         |       |
|------|--|---------|-------|
| フリガナ |  | 生年月日    | 年 月 日 |
| 氏 名  |  | 申請者との続柄 |       |
| 住 所  |  | 電話番号    |       |

2 助成対象医療用補整具及び助成対象経費

助成対象医療用補整具は、該当する項目の（ ）に○を付けてください。

|                |                                  |                               |                               |
|----------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 助成対象医療用補整具     | <input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ | <input type="checkbox"/> 補整下着 | <input type="checkbox"/> 人工乳房 |
| 購 入 日          | 年 月 日                            | 年 月 日                         | 年 月 日                         |
| 購 入 費<br>(税込)  | 円                                | 円                             | 円                             |
| 助成限度額          | 10,000円                          | 10,000円                       | 10,000円                       |
| 助成金交付<br>申請額 ※ | 円                                | 円                             | 円                             |

※ 助成金交付申請額は、医療用補整具の購入費又は1万円のいずれか少ない額とする。

3 添付書類

- (1) 診断書、治療方針計画書その他のがんの治療を受け、又は受けたことを確認することができる書類
- (2) 領収書の写し