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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

１　未成年者（未成年者の保護者が申請する場合のみ記入）

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（　）に〇を付けてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成対象医  療用補整具 | （　）医療用ウィッグ | （　）補整下着 | （　）人工乳房 |
| 購　入　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 購　入　費  （税込） | 円 | 円 | 円 |
| 助成限度額 | １０，０００円 | １０，０００円 | １０，０００円 |
| 助成金交付  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