

記入見本

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

提出日をご記入ください

年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 住 所 坂戸市石井2327-3

氏 名 坂戸 晴子

電話番号 049-284-1621

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

未成年者の保護者が申請する場合のみ
記入してください

1 未成年者

フリガナ	サカド ハルミ	生年月日	平成20年4月2日
氏 名	坂戸 晴美	申請者との続柄	長女
住 所	坂戸市石井2327-3	電話番号	049-284-1621

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 checked="" 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	令和6年4月1日	年 月 日	年 月 日
購 入 費 (税込)	20,000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 ※	10,000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。

購入費用と、上限金額10,000円の少ない方の
金額をご記入ください。

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