

奥州市長 宛

申請者（請求者）住所

氏名

印

電話番号

奥州市がん患者等医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

奥州市がん患者等医療用補正具購入費助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。なお、申請内容の確認のため、市が保有する申請者及び対象者の個人情報を閲覧すること並びに対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会することに同意します。

対象者	ふりがな			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	※申請者（請求者）と同じ場合は、記入不要です。 奥州市		
助成対象補正具 (助成金上限額)		購入年月日	購入費（税込）	助成金上限額又は購入費のいずれか低い額
ウィッグ (20,000円)		年 月 日	円	円
乳房補正具(右側) (10,000円)		年 月 日	円	円
乳房補正具(左側) (10,000円)		年 月 日	円	円
助成金交付請求額				円
金融機関		種別	口座番号	口座名義
銀行 金庫 農協		本店 支店 普通 当座		フリガナ
※ 代理申請欄（代理による申請及び請求（並びに受領）を行う場合のみ記入してください。）				
代理人	ふりがな			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所			対象者との続柄
私(対象者)は、がん患者等医療用補正具購入費助成金の申請及び請求（並びに受領）に関する権限を上記代理人に委任します。				
委任者 氏名 _____ 印				

【添付書類】

- 1 医療用補正具を購入したことを証明する書類（品名、金額等の記載のある領収書等の写し）
- 2 がん治療に関する証明書（様式第2号）その他のがん治療を受けた、又は受けていることを証明する書類（診断書、治療方針計画書、診療明細書等の写し）
- 3 本人確認書類（運転免許証、旅券、個人番号カードその他これらに類する書類の写し）