様式第１号（別表関係）

年　　月　　日

一関市長　様

申請者　住　所　一関市

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞（続柄　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

がん患者医療用補正具購入費助成金について、一関市補助金交付規則の規定により関係書類を添えて、次のとおり助成金の交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 補正具の種類 | １　医療用ウィッグ  ２　乳房補正具（　右側・左側　） | | |
| 購入金額 | 円 | 購入日 | 年　　月　　日 |
| 交付申請額  （請求額） | 円  （購入金額の全額又は助成限度額のいずれか低い額） | | |

添付書類

⑴　がん治療受診証明書（様式第２号）又は治療内容を証明する書類の写し

⑵　補正具の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し（領収書等）

⑶　本人を確認する書類の写し