

第1号様式（第5条関係）

伊東市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 伊東市長

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(補助対象者との続柄 \_\_\_\_\_)

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。

補助対象者	ふりがな	生 年 月 日		
	氏 名	年 月 日 ( 歳)		
	住 所	〒 _____ 電話 ( _____ )		
過去の無受給	過去にこの要綱に基づく交付又は他の地方公共団体が実施する類似の交付を受けたことが ある ・ ない			
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ (全頭用かつら)	乳房補整具 (補整下着又は人工乳房のいずれか)	
			補整下着 (下着とともに使用するパッドを含む。)	人工乳房
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	ア _____ 円(税込)	(補整下着の金額) エ _____ 円(税込)	(人工乳房の金額) キ _____ 円(税込)
	補助限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 100,000円
補助対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】 _____ 円	カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 _____ 円	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 _____ 円	
補助申請額	円 (※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)			
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 薬物療法若しくは手術に関する説明書又は診断書、治療方針計画書等 <input type="checkbox"/> 領収書 (購入日 (領収書の日付と異なる場合は別途記載があるもの)、品目 (医療用ウィッグは「全頭用かつら」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」、金額の記載があるもの)			
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	
受給者番号				

注) 二重線以外の枠に記入してください。

伊東市がん患者医療用補整具購入費補助金交付を申請するについて、下記事項に同意します。

- 市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること。
- 市から県に対し、補助実績に係る情報を提供すること。
- 市税の納税状況について、市の担当職員が確認すること。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印