

## がん患者医療用補整具購入費助成事業申請書

申請日 令和〇年〇月〇日

（宛先）阿賀野市長

裏面の同意書も記入してください。

阿賀野市がん患者医療用補整具購入費助成について、関係書類を添付して申請します。

申請者	フリガナ	あがの はなこ		助成対象者との続柄	本人
	氏名	阿賀野 花子			
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-△△△△	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 阿賀野市岡山町10-15			
助成対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同一の場合は記入不要です）			申請者と助成対象者が同一の場合、 チェックを入れてください。	
	フリガナ		生年月日		
	氏名	申請者と助成対象者が別の場合記入してください。			
	住所				
過去における補整具の助成	<input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有（ウィッグ ・ 乳房補整具 ・ 人工乳房等）				
助成対象費用	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 医療用ウィッグ	<input checked="" type="checkbox"/> 乳房補整具	<input type="checkbox"/> 人工乳房等	
	購入日	令和〇年〇月〇日	令和〇年〇月〇日	年 月 日	
	購入金額	42,500円(税込)	70,000円(税込)	円(税込)	
	購入金額×1/2	ア 21,250円 (1円未満切捨)	エ 35,000円 (1円未満切捨)	キ	円 (1円未満切捨)
	助成上限額	イ 25,000円	オ 25,000円	ク	50,000円
	助成額	ア又はイのいずれか低い額		エ又はオのいずれか低い額	
	ウ 21,250円	カ 25,000円	ケ	円	
助成合計額	46,250円（ウとカとケの合計額）				
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 医療用補整具購入時の領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの） <input checked="" type="checkbox"/> がん治療の内容が確認できる書類の写し <input checked="" type="checkbox"/> 振込先口座（申請者名義）の通帳の写し（金融機関名、本支店名、口座種別、口座番号、口座名義の分かるもの） <input type="checkbox"/> その他市長が必要とする書類（ ）				
金融機関	金融機関名	〇〇	<input checked="" type="radio"/> 銀行 ・ 金庫 信組 ・ 農協	支店名	〇〇〇 本店 ・ <input checked="" type="radio"/> 支店 出張所
	口座番号	0123456		口座名義人	カナ あがの はなこ 氏名 阿賀野 花子
	<input checked="" type="radio"/> 普通 当座 (どちらかに〇)				

（裏面あり）

(記入例)

阿賀野市がん患者医療用補整具購入費助成に関する同意書兼誓約書

次に掲げる事項について、同意し、及び誓約します。

1 同意する事項

- (1) 氏名、住所、生年月日及び続柄について、市の住民基本台帳で確認すること。
- (2) 申請に係る補整具について、購入した店舗等に照会すること。
- (3) 申請に係る補整具について、医療機関に治療内容を照会すること。
- (4) 市税の課税状況の確認を行うこと及び必要な資料（税情報含む）の情報提供等を他の行政機関へ照会すること。

2 誓約する事項

- (1) 申請内容について、事実と相違ありません。
- (2) 市から調査等の求めがあった場合は、これに応じます。
- (3) 申請に係る補整具について、国又は他の地方公共団体からの助成は受けていません。
- (4) 虚偽や不正等が判明した場合は、市の指示に従い助成金を返還します。

令和 ○年 □月 △日

署名 阿賀野 花子