

がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

令和 年 月 日

磐田市長

申請者氏名

がん患者医療用補整具購入費の助成を受けたいので、磐田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、申請にあたり磐田市から医療機関への治療内容等についての照会、購入先への補整具の内容等についての照会及び助成金の可否を決定するために必要な公簿の閲覧についての照会並びに静岡県に対し助成実績に係る情報を提供することについて同意します。

申請者	ふりがな			助成対象者との関係
	氏名			
	生年月日	S・H	年 月 日	
	住所 電話番号			
助成対象者 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	S・H	年 月 日	
	住所 電話番号			
助成の対象となる経費	医療用補整具の種類	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	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	購入費用	円	円	円
助成申請額		円		
過去における医療用ウィッグ購入に係る助成金の受給の有無			有（自治体名： ）・無	
過去における乳房補整具購入に係る助成金の受給の有無			有（自治体名： ）・無	

振込先 指定口座	金融機関	銀行 農協 金庫		支店
	口座種類	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			
	委任状 ※口座名義人が申請者と同じ場合は、下記は記入不要			
	助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。			
令和 年 月 日		委任者（申請者）氏名		