

第1号様式（第5条関係）

五泉市がん患者医療用補正具購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

五泉市長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

電話番号 _____

下記の通り申請します。

対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
住 所	五泉市	電話番号	

区分 該当に○	() 医療用ウィッグ	() 補正下着	() 人工乳房
購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
購入額 (税込)	円	円	円
上限額	20,000 円	20,000 円	50,000 円
申請額	円	円	円

金融機関名	支店・本店
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号	
名義人 (カナ氏名)	

添付書類

- 診断書、治療に関する説明書、治療方針計画書等
- 補正具の種類、購入者、購入日及び購入費がわかる書類
- 商品カタログ等購入した補正具が確認できるもの
- 市税を滞納していないことを証明する書類（以下の同意書により省略できます）

同意書

この補助金の申請にあたり、私及び私の世帯員の世帯状況、市税の滞納状況について、関係する担当課に照会することに同意します。

年 月 日

申請者氏名 (自署)