年　　　月　　　日

つがる市長

補助金交付申請書

（つがる市がん患者医療用補正具購入費補助金交付事業）

つがる市がん患者医療用補正具購入費補助金交付要綱第６条第１項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者（対象者） | フリガナ |  | 生 年 月 日 |
| 氏 名 |  | 年 　月 　日 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| がんの治療状況 | 医療機関名 |  |
| 代表者又は主治医 |  | 治療方法 | 手術・化学・放射線その他（　　　　　 |
| 他の公的助成金受給の有無 | 有　・　無 |
| 購入した補正具 | 購入年月日 | 購入費（税込価格） | 補助金交付申請額 |
| 年　　月　　日 | 円 | 円 |
| ウィッグ・乳房補正具（右側・左側）　※いずれかに〇を記入 |

※「補助金交付申請額」は、購入費の２分の１の額の千円未満を切り捨てた額。

※添付書類

・がん治療受診証明書（様式第２号）又はがん治療を受けていることを証明する書類の写し

・ウィッグ・乳房補正具を購入したことを証明する書類の写し（宛名、金額、日付及び販売者の名称があるもの）

・本人を確認する書類の写し

・照会同意書（様式第３号）