

つがる市長 様

助成金交付申請書
(つがる市国民健康保険がん患者医療用補正具購入費助成事業)申請者 住所
氏名
電話番号

つがる市国民健康保険がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第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

対象者	フリガナ				生年月日
	氏名				年 月 日
	住所				
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			
購入したウィッグ	購入年月日	購入費（税込価格）	補助金申請額		
	年 月 日	円	円		
振込先	銀行 農業協同組合 信用金庫 労働金庫		本店 支店		
	種別	口座番号		口座名義人(カタカナ)	
	普通・当座				
同意欄	この申請にあたり、納期限到来済みの国民健康保険税の納付状況を市長が確認することに同意します。 年 月 日 世帯主名				

※注意事項

・振込先は「対象者」又は「対象者の保護者（対象者が未成年者の場合）」の名義に限ります。

※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
- ・ウィッグを購入したことを証明する書類の写し
- ・本人を確認する書類の写し
- ・照会同意書（様式第3号）
- ・通帳の写し