

関市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

関市長 様

住所 _____

申請者 氏名 _____ (続柄 _____)

関市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第5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。なお、申請に際し、対象者（ただし対象者が18歳未満の場合は保護者）の市税、保育料、水道料金、下水道使用料その他市に納付すべき金銭の納付状況及び岐阜県がん患者医療用補正具購入費助成金の受給の有無について職員が確認することに同意します。※太枠内を記載ください。

対象者	ふりがな			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 及び診療科			
	主治医名			
	治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 その他 (_____)		
がんの治療を受けている ことを証明する書類	診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ がん医療連携クリティカルパス ・ その他 (_____)			
補正具の購入日 及び種類	購入年月日 (領収書の日付)		領収書の名前及び本人との続柄	
	年 月 日		(_____)	
申請金額の算定	補正具本体価格 (税込)	アの額 (1,000円未満切捨)	助成金上限額 (20,000円) またはイのいずれか少ない方の額	
	ア 円	イ 円	ウ 円	
助成金交付申請金額				円

申請方法及び申請先

必要書類を用意し、関市内各保健センターの窓口まで提出してください。

受付時間：平日（月曜日から金曜日まで（休日を除く。)) 8時30分から17時15分まで。

受付期間：補正具を購入した日から起算して1年を経過する日までに提出してください。

関市健康福祉部市民健康課(保健センター)

関市日ノ出町1丁目3番地3 電話 (0575) 24-0111