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等）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。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒
電話番号　　－　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="3">がんの
治療状況</td><td colspan="2">医療機関名
及び診療科</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">主治医名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">治療方法</td><td colspan="3">手術　・　薬物治療　・　放射線治療
その他（　　）</td></tr>
<tr><td>がんの治療を受けていることを証明する書類</td><td colspan="5">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（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">補正具の購入日
及び種類</td><td colspan="3">購入年月日（領収書等の日付）</td><td colspan="2">領収書等の名前及び本人との続柄</td></tr>
<tr><td colspan="3">年　　月　　日</td><td colspan="2">（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">申請金額の算定</td><td colspan="2">補正具本体価格
（税込）</td><td>アの額
（1,000 円未満切捨）</td><td colspan="2">助成金上限額（20,000 円）
またはイのいずれか少ない方の額</td></tr>
<tr><td colspan="2">ア
円</td><td>イ
円</td><td colspan="2">ウ
円</td></tr>
<tr><td colspan="4">助成金交付申請金額</td><td colspan="2">円</td></tr>
</table>