

様式第1号（第6条関係）

銚田市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

助成対象者	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日（ 歳）	
がんの 治療状況	医療機関名		主治医名	
			治療方法 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
助成 対 象 経 費	区分		医療用ウィッグ	
	他の助成金の受給の有無		有 ・ 無	
	領収書等の日付		年 月 日	
	購入費用 (A)		円 (税込)	
	茨城県補助額 (B)		円	
	A-B (C)		円	
	C×1/2 (D)		円	
	助成上限額 (E)		10,000 円	
	助成金申請額 D、Eの少ない方の額		F 円	
	合計申請額 (F+G)		G 円	
振込金融機関	金融機関名		銀行・金庫 農協・組合	
	預金種目		普通 ・ 当座	
	ふりがな 口座名義		口座番号	
<p>銚田市がん患者医療用補整具購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添え申請及び請求をします。なお、助成金の交付の決定に係る審査に必要な範囲において、医療機関に治療内容を照会し、及び私に係る住民基本台帳、納税状況その他必要な事項を調査することについて同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 氏 名 電話番号</p> <p>銚田市長 殿</p>				

住民登録日	年 月 日			市税滞納	有 ・ 無
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	確認者	