

佐渡市長 様

申請者 住 所
氏 名
連絡先

佐渡市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼請求書

佐渡市がん患者医療用補整具購入費補助金の交付を受けたいので、佐渡市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、次の関係書類を添えて、下記のとおり申請及び請求します。

なお、申請内容の審査のため、市が保有する申請者（補助対象者）の住民基本台帳及び市税等の退場状況の確認及び医療機関に治療内容を照会するなど、補助金の交付に関し必要な事項について、佐渡市が調査することに同意します。

記

補助対象者	氏名			生年月日	年 月 日	
		☐ 申請者に同じ				
	住所	佐渡市				
		☐ 申請者に同じ				
補助対象購入費等	☐ 医療用ウィッグ ☐ 乳房補整具					
	購入費	円		購入日	令和 年 月 日	
	過去における補助金受給の有無				☐ あり ☐ なし	
交付申請・請求額		円 購入費の 2 分の 1（千円未満切り捨て） ※上限 2 万円				
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号		
	(フリガナ) 口座名義					
委任状 私は、上記の口座名義人に補助金の受領を委任し、受任者の口座に補助金が振り込まれることをもって補助金を受領したものと認めます。 (申請者) _____ (申請者と口座名義人が異なる場合、委任状の部分にも署名してください。)						
添付書類		☐ がん治療に関する説明書・診断書、治療計画書、抗がん剤名・乳腺腫瘍手術が記載された診療証明書の写し ☐ 補整具の購入に係る領収書の写し等（補整具名、購入者、購入日、購入費が確認できるもの） ☐ 商品カタログ等購入した補整具が確認できるもの ☐ 振込先口座の通帳の写し				