

別記第1号様式（第5条関係）

函館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

函 館 市 長 様

申請者 住 所 〒

氏 名 フリガナ

助成の対象者との関係

例：本人，父，母，子など

電 話

函館市がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により申請します。  
また、申請内容の確認等に必要な場合は、本申請に係る情報の照会および医療機関に対する治療内容等のほか、購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

【助成の対象者】※申請者と助成の対象者が異なる場合は委任状が必要です。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名		電 話	( ) -
住 所	〒 -		
私は、他自治体で同様の助成を受けておりません。 はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>			

【助成対象経費】※補正具の区分ごとに1人1回限り、クリーナーや装着材等の付属品および郵送費等は対象外。

補正具の区分	購入年月日	購入金額（消費税込額）
医療用ウィッグ	年 月 日	円
胸部補正具	年 月 日	円

【助成申請額】

申請額	円
※購入金額の2分の1の額（千円未満切り捨て）と、20,000円（上限額）のいずれか低い方	

【振込先、振込先金融機関の名称および口座番号】

振込先(いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> してください)	<input type="checkbox"/> 対象者	<input type="checkbox"/> 受任者
振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義
銀行 本店 金庫 支店 出張所	普通 当座	フリガナ( )

※添付書類

(1) 医療用補整具の購入に係る領収書の写し

宛名が対象者または申請者の氏名であり、購入年月日、品名、購入金額の記載があるもの。

(2) がん治療に伴う脱毛もしくは乳房の形の変化またはそれらのおそれが見込まれることを証明する書類（薬物療法に係る書類にあっては、使用する薬剤の記載のあるものとする。）の写し

がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書、診断書など。

(3) 対象者および申請者の本人確認書類の写し

運転免許証など。

(4) 振込先口座の通帳等の写し

申請者または対象者名義の口座。

注意 1：対象者が、未成年の場合は、保護者が申請してください。

注意 2：対象者（本人）以外の方が申請する場合のほか、助成金の受領について対象者（本人）以外の振込先とする場合、別記様式第 1 号別紙「委任状」が必要です。

ただし、対象者が未成年の場合は不要です。