恵那市長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 対象者との続柄 _____
 電話番号 _____

恵那市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

恵那市がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、助成金の交付申請に当たり、恵那市が市内に住所を有しているかを確認することに同意します。

対象者	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 恵那市	
	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日 (歳)
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 ()		
補正具が必要な理由	就労のため ・ 社会参加のため ・ その他 ()		
助成 対象 経 費	補正具の種類	全頭用ウィッグ	乳房補正具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日
	領収書の名前及 び本人との続柄	(続柄)	(続柄)
	購入費用	ア 円(税込)	エ 円(税込)
	購入費用の 1/2の額	イ (アの1/2の額、1,000円未満切捨て) 円	オ (エの1/2の額、1,000円未満切捨て) 円
	助成対象額	ウ(イ又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円	カ(オ又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円
助成金交付申請金額 (※ウとカの合計額を記入してください。)			円

(添付書類)

1. 本申請に係るウィッグ等の購入費用の額が確認できる領収書の写し
2. 診療明細書等がんの治療を受けていることが分かる書類の写し
3. 恵那市がん患者医療用補正具購入費助成金交付請求書