

第1号様式

がん患者補整具等購入費等助成申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長

〒
 申請者 住 所
 氏 名
 生年月日
 電話番号

がん患者補整具等購入費等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

が ん の 治 療 状 況	医療機関名	主治医名	治 療 方 法	
			化学療法・放射線療法・手術 その他 ()	
ウィッグの購入 又はレンタル	購 入 日 年 月 日	購入・レンタル額	助 成 申 請 額	
	レンタル期間 年 月 日～年 月 日	円 □購入 □レンタル	円	
胸 部 補 整 具 の 購 入	購 入 日 年 月 日	購 入 額	助 成 申 請 額	
		円	円	
エ ピ テ ー ゼ の 購 入	購 入 日 年 月 日	購 入 額	助 成 申 請 額	
本市以外からのがんの治療を受けた者に対する類似の助成又は国若しくは本市の他の助成の受給の有無			有・無	
振	金融機関名	銀行・農協・信用金庫		
		本店・支店・支所		
込	口座種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
先	口座名義人			
添付書類 添付した書類に☑ をつけてください	<input type="checkbox"/> がんの治療または乳房の手術をしたことを証する書類 <input type="checkbox"/> 領収書原本 <input type="checkbox"/> レンタルの場合は、契約書の写し <input type="checkbox"/> カタログ、品名、品番、メーカーなどがわかるもの (領収書に購入したものが助成対象品であることの記載がない場合) <input type="checkbox"/> 振込口座(申請者名義)のわかる通帳等の写し			

申請書の審査のため、住民基本台帳等を確認することについて承諾します。

承諾者氏名(自署) _____