鹿角市医療用補正具購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

鹿角市長　様

申請者　住　所　鹿角市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(助成対象者が未成年の場合、申請者(親権者)の氏名を記載)

関係書類を添えて、次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。

<table>
<tr><td rowspan="2">助　成
対象者</td><td>ふりがな</td><td></td><td colspan="2">生年月日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td colspan="2">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">申請者※１</td><td>ふりがな</td><td></td><td colspan="2">助成対象者との関係</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>補正具</td><td colspan="4">１．ウィッグ　　２．乳房補正具</td></tr>
<tr><td>購入金額</td><td colspan="2">円(税込)</td><td>購入年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>過 去 の
助成状況</td><td colspan="4">過去に秋田県又は他の都道府県・指定都市・中核市・市町村から補正具購入に係る助成を受けたことがありますか。
ない・ある
（ある場合、自治体名＿＿＿＿＿＿　助成の時期＿＿＿＿年＿＿＿＿月）</td></tr>
<tr><td colspan="5">（同意書）
本助成金交付のために住民情報を確認する必要があるときは、市担当部署に対し必要事項を照会して回答を受けること、鹿角市以外の自治体に対する本申請（助成）に係る情報の照会、提供及び医療機関に対する治療内容等の照会を行うことに同意します。
申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）</td></tr>
<tr><td colspan="5">申請額　金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円　　（第４条に定めた額とする。）</td></tr>
</table>

※１　助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に親権者の氏名を記入してください。

（添付書類）１．補正具の購入に係る領収書の写し
２．がん治療を受ける本人及び申請者の住民票（同意書に基づき住民情報を市で確認できる場合は省略可）
３．治療内容を証明する書類の写し