

日上市がん患者サポート事業助成金交付申請書兼請求書

○年 ○月 ○日

日上市長 殿

【申請者】 *本人、ただし福祉用具申請のみ3親等の家族も可
住 所 日上市○○町 1-1-1

ふり 氏 名 日立 花子

助成対象者との続柄

*福祉用具申請を家族が申請する場合のみ記入

電話番号 090- 0000 - 0000 *日中連絡がとれる番号

「いばらきがん患者トータルサポート事業」との併用可
県へ申請後、決定通知書が届き次第、市へ申請。

日上市がん患者サポート事業助成要綱第6条の規定に基づき、ウィッグ、乳房補整具又は福祉用具の
購入費、レンタル費の助成を受けたいので、下記のとおり申請、請求いたします。

なお、医療機関に治療内容、購入、貸与先に購入、レンタル内容及び私に係る住民基本台帳、その他必
要な事項を調査することについて同意します。

「茨城県の助成金」受給の有無 有 ・ 無

記

ふりがな	ひたち はなこ		性 別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生 年 月 日	昭利 平成 ○年 ○月 ○日 (○ 歳)
氏 名	日立 花子					
住 所	福祉用具申請を家族が申請する場合のみ記入					
治療状況	医療機関名	主治医名		治療方法		がん種
	○○病院	○○ ○○		手術・放射線 薬 剤 ・ そ の 他 ()		○がん

種類	購入・レンタル費用	申請額	領収書の日付
	A	A×1/2 又は3万円のいずれ か低い額を記載 ※1,000円未満切捨て	
ウィッグ	98,500 円	30,000 円	1 枚目 (○ 年 ○月 ○日) 2 枚目 (年 月 日) 3 枚目 (年 月 日)
乳房 補整具	25,000 円 <small>1,000円未満は切り捨て</small>	12,000 円	1 枚目 (○ 年 ○月 ○日) 2 枚目 (年 月 日) 3 枚目 (年 月 日)
福祉用具	福祉用具名		1 枚目 (年 月 日) 2 枚目 (年 月 日) 3 枚目 (年 月 日)
	円	申請額の合計を 記入 円	
申請金額 (ウィッグ・乳房補整具・福祉用具の合計)			42,000 円

振込先 (本人名 義の口座 に限る)	日 立		銀行・金庫 農協・組合		助 川		本店 支店	
	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	ひたち はなこ						
口座名義人	日立 花子							

添付書類 (添付し た書類に☑ をつけて ください)	<input checked="" type="checkbox"/> 補整具(ウィッグ、(全頭かつら、装着ネットを含む)・乳房補整具)や福祉用具の領収書など購入(レンタル)したものの内容や金額が分かる書類【原本】※確認後返却
	<input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書などがん治療を受けた又は現に受けていることが分かる書類【写し】
	<input type="checkbox"/> 福祉用具の助成を患者の家族が申請する場合は、3親等以内の親族であることを証明する書類(戸籍謄本など)【原本】
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者名義の通帳の写し(銀行名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できるもの)

