

日立市がん患者サポート事業助成金交付申請書兼請求書

令和3年7月30日

日立市長 殿

【申請者】

住所 日立市〇〇町1-2-3
 氏名 日立 花子
 電話番号 090-XXXX-XXXX *日中連絡が取れる番号

日立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、貸与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、貸与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。

記

ふりがな	ひたち はなこ		性別	男・女	生年月日	昭和 平成 〇年 〇月 〇〇日 (〇〇歳)
氏名	日立 花子					
治療状況	医療機関名	主治医名		治療方法		がん種
	〇〇〇病院	〇〇 〇〇		手術・放射線 薬剤・その他 ()		乳がん

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 (令和3年1月5日) 2枚目 (年 月 日) 3枚目 (年 月 日)
乳房補整具	25,000 円	12,000 円	1枚目 (令和3年2月20日) 2枚目 (年 月 日) 3枚目 (年 月 日)
福祉用具	福祉用具名		
	円	申請額の合計を 記入 円	1枚目 (年 月 日) 2枚目 (年 月 日) 3枚目 (年 月 日)
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》

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 checked="" type="checkbox"/> 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)							