

【 記入例 】

様式第 1 号（第 6 条関係）

笠間市がん患者サポート事業助成金交付申請書

令和〇年 〇月 〇日

あて先 笠間市長 様

【申請者】（〒309-1734）

住 所 笠間市南友部 1966-1

フリ ガナ カサマ ハナコ
氏 名 笠間 花子

助成対象者との続柄 本人

電話番号 0296-77-9145

笠間市がん患者サポート事業助成金の交付を受けたいので、笠間市がん患者サポート事業助成交付要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて申請いたします。

フリガナ	カサマ ハナコ		生年月日		がん種
氏 名	笠間 花子		〇年 〇月 〇日 (〇歳)		子宮体がん
が ん の 治 療 状 況	医療機関名		主治医名		治療方法
	〇〇病院		〇〇 〇〇		手術・放射線・薬剤・ その他 ()
対 象 品 目	購入・レンタル費用 ①	申請額		領収書等の日付	
		①×1/2 又は 30,000 円 のいずれか低い額を記載 ※1,000 円未満切り捨て			
福 祉 用 具	福祉用具名	1,000 円未満は切り捨て になります。			
	円 (税込)				
ウィッグ	42,600 円 (税込)	21,000 円 (税込)	1 枚目 (〇年 〇月 〇日) 2 枚目 (年 月 日) 3 枚目 (年 月 日)		
乳房補正具	円 (税込)	円 (税込)	1 枚目 (年 月 日) 2 枚目 (年 月 日) 3 枚目 (年 月 日)		
交付申請額	福祉用具・ウィッグ・乳房補正具 の合計 21,000 円		茨城県が実施する 同種の補助金受給 の有無		あり (金額 20,000 円) なし
添付書類 (提出した 書類に☑を つけてくだ さい)	☒ 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 ☒ 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 (お薬手帳, 診療明細書, 治療方針計画書等)【写し】 ☒ 振込先が確認ができるもの (誤振込防止のため) ☒ 茨城県が実施する同種補助金の受給がある場合は補助内容が分かる書類【写し】				
同 意 書	この助成金の交付決定に係る審査に際し、笠間市備付けの住民基本台帳, 市税の納付状況 並びに医療機関への治療内容及び購入先等へ購入等の内容を照会することに同意します。 令和〇年 〇月 〇日 助成対象者 氏名 笠間 花子 印				