

笠間市がん患者サポート事業助成金交付申請書

年 月 日

あて先 笠間市長 様

【申請者】（〒 - ）

住 所 _____

フリガナ 氏名 _____

助成対象者との続柄 _____

電話番号 _____

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			生年月日	がん種
氏 名			年 月 日 (歳)	
が ん の 治 療 状 況	医療機関名	主治医名	治療方法	
			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 円 (税込)			1枚目 (年 月 日)
				2枚目 (年 月 日)
				3枚目 (年 月 日)
ウ ィ ッ グ	円 (税込)	円 (税込)		1枚目 (年 月 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 円	茨城県が実施する 同種の補助金受給 の有無	あり (金額 円) なし	
添付書類 (提出した 書類に☑を つけてくだ さい)	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 振込先が確認ができるもの（誤振込防止のため） <input type="checkbox"/> 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。 年 月 日 助成対象者 氏名 印			