

宛先 笠間市長

【申請者】住 所 _____

(患者本人) ^{フリ}氏 ^{ガナ}名 (自 署) _____

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。また、交付決定があった場合は、交付決定された助成金を下記の口座に振り込んでいただきますよう請求いたします。

なお、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。

補助対象 がん患者	生年月日		がん種		
	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	区 分 ※該当区分に○をしてください。	① ウィッグ ③ 福祉用具(福祉用具名:)	② 乳房補正具		
	購入・レンタル費用 (A)	申請額 (A)×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	領収書等の日付 (購入から1年以内が対象)		
	① 円 (税込)	円 (税込)	1枚目(年 月 日) 2枚目(年 月 日) 3枚目(年 月 日)		
	② 円 (税込)	円 (税込)	1枚目(年 月 日) 2枚目(年 月 日) 3枚目(年 月 日)		
	③ 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	ウィッグ・乳房補正具・福祉用具 合計 円	茨城県が実施する 同種補助金受給の有無	有(金額 円) 無	
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】				
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 組合	店		
	口座種別	普通 ・ 当座			
	口座番号				
	フリガナ 口座名義人				