

様式第1号 (第5条関係)

申請日 年 月 日

豊田市長 様

申請者住所

ふりがな
氏名 (続柄)

電話番号

豊田市がん患者補整具購入費補助金交付申請書兼請求書

豊田市がん患者補整具購入費補助金の交付を受けたいので、豊田市がん患者補整具購入費補助金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

補助対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
がんの治療状況		医療機関名			
		疾患名			
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ()		
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類		・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他 () ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具		
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有		
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日		
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄)		(続柄)	
	購入費用	① 円 (税込)	② 円 (税込)		
	補助対象額	③ (①に1/2を乗じて得た額 (※) 又は30,000円のいずれか少ない方の額) 円	④ (②に1/2を乗じて得た額 (※) 又は30,000円のいずれか少ない方の額) 円		
補助金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。)			円		

※補助対象額に百円未満の端数が生じた場合は、百円未満を切り捨てた金額

(表面)

<添付書類>

- (1) がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し（ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容（抗がん剤名等）・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。）
- (2) 補助対象経費の支払いを証する領収書（原本）
 - ①申請者の氏名（フルネーム）、②購入した年月日、③品名、④金額、⑤乳房補整具は補整下着又は人工乳房であることが備考等に記載されているもの、⑥領収書発行者名
- (3) 口座名義人、口座番号等が明記されている通帳等の写し

<誓約、同意事項> にチェック（）を記入してください。

- これまでに本事業及び他の県内市町村から各補整具に係る同種の補助等を受けたことはありません。
- 豊田市税について滞納はありません。
- 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条6号に規定する暴力団員若しくは同条第2号に規定する暴力団又はこれらの者と密接な関係はありません。市が必要な場合には、警察に照会することに同意します。
- 本補助金の交付事務に必要な内容に関し、住民基本台帳の閲覧及び市税の収納状況を確認することに同意します。

豊田市がん患者補整具購入費補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり請求します。

請求金額 円

【口座振込先】

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
預金種目/口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
フリガナ 口座名義人		

(裏面)