

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

大船渡市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

大船渡市長 様

申請者 住所
氏名

令和 6 年度大船渡市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第 5 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

対象者	フリガナ							生 年 月 日		
	氏 名							年 月 日		
	住 所	〒 電話番号								
がんの治療状況	医 療 機 関 名									
	主 治 医 名									
購入したウィッグ	購入年月日			購入費（税込価格）						
	年 月 日			円						
助成金交付申請額 ※上限額 2 万円		円								
振 込 先	金融機関名				銀行・金庫 農協・信漁連			支店		
	預 金 種 別	普通 ・ 当座			口座番号					
	ゆうちょ銀行	記号								
		番号								
	フリガナ									
口座名義人 (申請者)										

添付書類

- 1 がん治療受診証明書（様式第 2 号）又は治療内容を証明する書類の写し
- 2 ウィッグの購入年月日及び購入金額を証する書類（領収書等）の写し
- 3 本人を確認する書類の写し