

令和7年度十和田市がん患者医療用補整具購入費助成交付申請書兼請求書

十和田市長 宛

申請者 住所 十和田市 〇〇
氏名 十和田 花子
(対象者が未成年の場合 続柄)
電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

令和7年度十和田市がん患者医療用補整具購入費用助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

助成対象者	フリガナ	トワダ ハナコ		生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日 (〇 歳) 平成 〇 年 〇 月 〇 日 令和 〇 年 〇 月 〇 日			
	氏 名	十和田 花子 (※本人が自署しない場合は押印が必要です。)						
	住 所	〒 034-〇〇〇〇 十和田市 〇〇			(電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇)			
☐ 他の自治体、治療を受けた医療機関及び医療用補整具等の購入先に助成対象者の照会することについて同意します。 ☐ 助成金の交付の決定のために市が保有する助成対象者の住民票に関する情報を利用することについて、同意します。								
他からの助成の有無（該当するものを○で囲む）				有・ 無				
助成対象経費	補整具の種類	ウィッグ		胸部補整具（左）		胸部補整具（右）		
	購入年月日 (領収書等の日付)	令和7年 〇 月 〇 日		年 月 日		年 月 日		
	購入費用	ア 例) 71,500円(税込)		工 円(税込)		キ 円(税込)		
	購入費用の 1/2の額	イ (アの1/2の額、百円未満切り捨て) 例) 35,700円		オ (オの1/2の額、百円未満切り捨て) 00円		ク (クの1/2の額、百円未満切り捨て) 00円		
	助成対象額	ウ (イ又は3万円のいずれか低い方の額) 例) 30,000円		力 (オ又は3万円のいずれか低い方の額) 00円		ケ (ク又は3万円のいずれか低い方の額) 00円		
交付申請額（ウと力とケの合計金額）						00円		
振込先	金融機関	〇 〇		銀行 金庫 農協 組合		〇 〇		
	預金種別	普通 当座	口座番号	0	0	0	0	0
	フリガナ	トワダ ハナコ						
	口座名義	十和田 花子 (※申請者の名義に限ります)						

添付書類

- がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類（診断書、診療明細書等）
- 補整具を購入したことを証明する書類（領収書等）
- 振込を希望する銀行口座が確認できる書類の写し
- 助成対象者の住民票（住民票に関する情報の利用に同意した場合は省略可）
- 申請者本人を確認する書類、又はその写し（マイナンバーカード、運転免許証等）

※申請者と振込先の口座名義人は同一であること。