

阿 南 市 長 殿

阿南市がん患者医療用補正具助成金交付申請書兼請求書

阿南市がん患者医療用補正具助成金の交付を受けたいので、阿南市がん患者医療用補正具助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり必要書類を添えて申請（請求）します。なお、申請（請求）にあたっては次のとおりです。（□にチェック☑をしてください。）

- 過去に阿南市及び他の自治体を実施する補正具購入にかかる同様の助成を受けていません。
- 申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報及び市税、市へ納付すべき保険料等の滞納の有無について阿南市が調査することに同意します。
- 阿南市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

申請者	※対象者が未成年の場合は、保護者の氏名等を記入してください。				
	フリガナ		生 年 月 日		対象者との関係
	氏 名		年 月 日		本人・（ ）
	住 所	〒 阿南市		連絡先電話番号	
				— —	
助成対象者	フリガナ		生 年 月 日		年齢
	氏 名	□申請者と同じ	年 月 日		歳
	住 所	□申請者と同じ 〒 阿南市			
助成対象経費	区 分	医療用ウィッグ等		乳房補正具	
	購 入 日	年 月 日		年 月 日	
	購入金額(合計)	円		円	
	購入金額×1/2 (千円未満切捨)	(ア) 円		(ウ) 円	
	助成対象額	(イ)アと2万の低い方の額 円		(エ)ウと2万の低い方の額 円	
	助成申請額	円(※イとエの合計額)			
振込先	金融機関名		支店名		預金種別
	銀行・金庫・農協		本店・本所 支店・支所		普通・当座
	口座番号		口座名義人	フリガナ	
				氏 名	