

交野市がん患者補整具等の購入費用助成申請書兼請求書

年 月 日

交野市長 様

がん患者補整具等の購入費用の助成を申請します。

対象者	ふりがな			生年月日	年 月 日(歳)	
	氏名			電話番号		
	住所	〒 - 交野市				
	受診医療機関名	病院				科
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ ※申請者の項目は記入不要 <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、委任します。				
	ふりがな			生年月日	年 月 日(歳)	
	氏名			電話番号		
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ 〒 - 交野市				
助成対象経費	補整具の種類	(1)ウィッグ等	(2)乳房補整具(左)	(3)乳房補整具(右)		
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
	購入費用	ア) 円	イ) 円	キ) 円		
	助成上限	イ) 30,000円	ロ) 20,000円	ク) 20,000円		
	助成対象額	【ア)又はイ)のいずれか低い額】 カ) 円	【イ)又はロ)のいずれか低い額】 カ) 円	【キ)又はク)のいずれか低い額】 ケ) 円		
助成申請額 (カ)とケ)の合計金額 円						
必要書類 (☑してください)		<input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証、パスポート等の写し) <input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書や医師の診断書、治療方針計画書等の書類の写し <input type="checkbox"/> 領収書(購入者、購入日、購入品目及び購入費、発行者が記載されているもの。原本に限る) <input type="checkbox"/> 振込先金融機関の名義、口座番号が確認できるもの(通帳又はキャッシュカードの写し) <input type="checkbox"/> 商品カタログ等の購入品が確認できるもの				
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		支店名	本店・支店 出張所	
	口座番号	普通 当 座	口座名義人 (対象者と同じ)		カナ 氏名	

(以下職員記入欄)

受付印	<input type="checkbox"/> 本人確認	
	<input type="checkbox"/> 履歴確認: <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> ウィッグ等、 <input type="checkbox"/> 乳左、 <input type="checkbox"/> 乳右)	
	<input type="checkbox"/> 治療を証明する書類	
	<input type="checkbox"/> 領収書 (<input type="checkbox"/> 購入者名、 <input type="checkbox"/> 日付:R6.4~、 <input type="checkbox"/> 品目、 <input type="checkbox"/> 金額、 <input type="checkbox"/> 発行者名)	
	<input type="checkbox"/> 振込先	
	<input type="checkbox"/> 購入品のカタログ等	
【受付者】	助成金額	円