

年 月 日

国立市長 殿

国立市がん患者医療用補正具購入費助成交付申請書兼請求書

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

国立市がん患者医療用補正具購入費助成交付要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

この申請に係る審査に際し、住民基本台帳の記録を公簿により確認することに同意します。

なお、助成金の交付が認められた場合には、下記口座への振込みを請求します。

がん治療の状況	医療機関名	主治医	治療方法
			手術・放射線・薬剤 その他( )
がん治療の受診を 証明する書類	診療明細書 ・ 診断書 ・ お薬手帳 その他がん治療の受診を証明する書類( )		
今回購入した補正 具の種類	①ウィッグ(ネット・帽子を含む) ②乳房補正具	購入年月日	年 月 日
購入費		申請額	

※ 該当するものに○印を付けてください。

国立市がん患者医療用補正具購入費助成金口座振込依頼書

助成金については、下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	店番号				口座番号			
銀行 信用金庫 組合	預金種類	普通・当座						
	フリガナ							
	口座名義							
	口座は、申請者名義のものに限ります。							