

記入例

R4~

様式第5号（第5関係）

対象者と振込先の口座名義人が異なる場合及び訂正が必要な場合は印鑑を使用しますので、**対象者の印鑑**を持参してください。

北上市長 様

申請者 住所 **北上市新穀町一丁目4番1**

氏名 **北上 江子**

<例>本人・父・子など

(対象者との続柄 **本人**)

電話 **0197-64-2111**

補正具助成金交付申請書兼請求書

日中連絡が取れる番号をご記入ください

北上市がん対策基金活用事業実施要綱第5第6項に基づき、補正具助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、申請内容の確認のために市が保有する対象者及び申請者の個人情報をご覧すること、並びに[]に問い合わせることに同意します。

太枠部分をご記入ください

フリガナ 対象者氏名	キタカミ コウコ 北上 江子	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日	T S ・H 35年4月18日 (62 歳)
対象者住所	北上市 新穀町一丁目4番1号				
助成金受領の有無	1 初回 2 平成 年度受領済み	購入年月日	2022年4月4日		
内 訳	経 費 (円)	左記×0.9(円) 100円未満は切り捨て	助成限度額 (円)	助成額(円)	
頭髮補正具	42,240円		30,000		
乳房補正具(右)			20,000		
乳房補正具(左)			20,000		
証明書文書料	2,200円				
申請額					

- 備考
- 助成額は経費の9割に相当する額とし、端数がある場合は100円未満を切り捨てます。
 - 補正具の購入に係る明細が分かる領収書（発行から6か月以内のものに限る。）の写しを添付してください。
 - 病名及び治療方法が分かる書類又はがん患者補正具購入に関する証明書（様式第6号）及びがん患者補正具購入に関する証明書の発行に係る領収書の写しを添付してください。

※申請者の欄及び太枠部分を記入してください。

裏面に続く

記入例

R4～

どちらかに丸を付けてください

先

金融機関名	店名	口座種別	口座番号							(フリガナ) 口座名義人
北上銀行	本店 芳町 支店	普通当座	7	6	5	4	3	2	1	キタカミコウコ 北上 江子

ゆうちょ銀行の場合

店名 漢数字の支店名

口座番号 通帳下部に記載されている7桁の番号

※対象者と口座名義人が異なる場合
(委任者=対象者 代理人=)

委任状

代理人 住所 _____
氏名 _____

上記の者に対して、補正具助成金の受領に関する一

委任者 住所 _____
氏名 _____

対象者と振込先の口座名義人が異なる場合は委任状の記入が必要です。
委任者は対象者名、代理人は口座名義人名を記入して下さい。

申請時の持ち物

- ①補正具助成金交付申請書兼請求書（様式第5号）
- ②補正具の購入にかかった領収書の写し（明細が分かるもの）
※発行から6か月以内のものに限ります。
- ③がん患者補正具購入に関する証明書（様式第6号）または、病名及び治療方法が分かる書類（治療方針計画書、病状説明書、診断書など）
- ④がん患者補正具購入に関する証明書（様式第6号）の写し
※診断書など様式第6号以外でかかった文書料は補助の対象になりません。
※③と④は初回申請時のみ必要です。
- ⑤振込先の通帳
- ⑥印鑑（通帳印でなくても可）

■問合せ先 北上市健康こども部健康づくり課成人保健係

場所：北上市保健・子育て支援複合施設2階（ツインモールプラザ西館）

電話：0197-72-8296（直通）