



(表)

年 月 日

北上市長 様

申請者 住所
 氏名 (印)
 (対象者との続柄)
 電話

補正具助成金交付申請書兼請求書

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見ることが、並びに病名及び治療方法について医療機関等に問い合わせることに同意します。

フリガナ 対象者氏名		性別	男・女	生年月日	T・S・H 年 月 日 (歳)
対象者住所	北上市				
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	年 月 日	
内 訳	経 費 (円)	左記×0.9(円) <small>100円未満は切り捨て</small>		助成限度額 (円)	助成額(円)
頭髪補正具				30,000	
乳房補正具(右)				20,000	
乳房補正具(左)				20,000	
証明書文書料					
申請額					

- 備考 1 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。
- 2 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。
- 3 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)

振込先

金融機関名	店名	口座種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
	本店 支店	普通・当座		

※申請者と口座名義人が違う場合は、以下の委任状にも記入してください。

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切の権限を委任します。

委任者 住 所
氏 名 ⑩