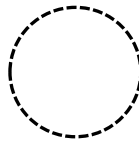


【記入例】

様式第5号（第5関係）



(表)

2か所押印して  
ください。

平成29年6月1日

北上市長 様

申請者 住所 北上市〇〇町1-2

氏名 北上 花子

印

<例>本人・父・長女など

(対象者との続柄 妻 )

電話 ΔΔ-××××

補正具助成金交付申請書兼請求書

日中連絡がとれる番号  
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見ることが、並びに病名及び治療機関等に問い合わせることに同意します。

太枠部分のみ  
ご記入ください。

フリガナ 対象者氏名	キタカミ タロウ 北上 太郎	性別	男・女	生年月日	T・S・H 40年 4月18日 (51歳)
対象者住所	北上市〇〇町1-2				
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	平成 29年 4月 15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 髪 補 正 具	35,000		30,000		
乳房補正具(右)			20,000		
乳房補正具(左)			20,000		
証明書文書料	3,240				
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。

裏面に続く

【記入例】

(裏)

振込先

ゆうちょ銀行の場合  
店名は、漢数字の支店名を記入してください。  
口座番号は、通帳下部に記載されている7桁の番号を記入してください。

金融機関名	店名	口座種別	口座番号							(フリガナ) 口座名義人
きたかみ銀行	本店 〇〇支店	普通当座	1	2	3	4	5	6	7	キタカミ タロウ 北上 太郎

※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 北上市〇〇町1-2  
氏 名 北上 花子

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 北上市〇〇町1-2  
氏 名 北上 太郎 印

委任状を記入する場合は、押印してください。

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（明細がわかるもの）  
※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、診断書等）
  - ④ 「がん患者補正具購入に関する証明書」の発行にかかる文書料が記載されている領収書の写し
- ※③と④は、初回の申請時のみ提出してください。
- ⑤ 振込先の通帳
  - ⑥ 印鑑

❀ ご不明な点は下記にお問い合わせ下さい❀

北上市保健福祉部健康増進課成人保健係  
場所 北上市健康管理センター（市役所本庁舎向かい）  
電話 0197-72-8296