

記入例

R7.2~

様式第5号（第5関係）

訂正がある場合のみ要押印
(表)

すべての書類が揃い申請書を提出した日 令和7年4月1日

北上市長 様

申請者は、
対象者に限ります。

申請者 住所 北上市新穀町一丁目4番1
フリガナ キタカミコウコ
氏名 北上 江子
電話 0197-64-2111

補整具助成金交付申請書兼請求書

訂正・委任状(裏面)が
ある場合のみ要押印

補整具助成金の交付を受けたいので、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、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。

太枠部分をご記入ください

生年月日	T・S・ H ・R	2年	4月	1日 (33歳)
助成金受領の有無	1 初回 2 H・R 年度受領済み	購入年月日	2024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)
頭髪補整具	42,240円		40,000	
乳房補整具(右)	助成対象経費分のみ		20,000	
乳房補整具(左)			20,000	
証明書文書料	2,200円			
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 補整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整具購入に関する証明書（様式第6号）及びがん患者補整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 漢数字の支店名
 口座番号 通帳下部に記載されている
 7桁の番号を記入

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

※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。
 (委任者＝申請者 代理人＝口座名義人)

代理人＝口座名義人
 委任者＝申請者

委任状

代理人 住所 _____
 氏名 _____

上記の者に対して、補整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 _____ 印

委任者欄と申請者(表面)
 の欄に2か所押印する。

申請時の持ち物

- ①補整具助成金交付申請書兼請求書(様式第5号)
- ②補整具の購入にかかった領収書(明細が分かるもの、発行から6月以内)
- ③【初回申請時のみ】がん患者補整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【初回申請時のみ】がん患者補整具購入に関する証明書にかかった領収書
 ※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。
- ⑤振込先の通帳
- ⑥申請者の印鑑(通帳印でなくても可)
- ⑦申請者の身分証明書(住民票・運転免許証・医療保険証・マイナンバーカード等)

■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)