

# 記入例

様式第5号（第5関係）

R6～

対象者の印鑑を持参してください。

（表）

年 月 日

北上市長 様

申請者 住所 **北上市新穀町一丁目4番1**

フリガナ きたかみ こうこ

氏名 **北上 江子**

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

補正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対象者及び申請者の個人情報を見ることができ、並びに、**太枠部分**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・ <b>H</b> ・R	<b>2</b> 年	<b>4</b> 月	<b>1</b> 日 ( <b>33</b> 歳)
助 成 金 受 領 の 有 無	<b>1</b> 初回 2 H・R 年度受領済み	購 入 年 月 日	<b>2024</b> 年 <b>4</b> 月 <b>4</b> 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	<b>42,240円</b>		40,000	
乳房補正具(右)			20,000	
乳房補正具(左)			20,000	
証明書文書料	<b>2,200円</b>			
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)

R6～

どちらかに丸を付けてください

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桁の番号を記入してください

金融機関名	店名	口座種別	口座番号	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

※対象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＝対象者 代理人＝口座名義人)

## 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切の権限を委任します。

委任者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

印

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、押印してください。また、申請書表面の対象者氏名の記名の横にも押印をしてください。

### 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（明細が分かるもの、発行から6月以内）
- 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にかかった領収書の写し  
※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対象者の印鑑（通帳印でなくても可）
- ⑦本人確認の書類（住民票・運転免許証・医療保険証・マイナンバーカード等）の写し

■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）