

様式第1号（第5項関係）

青梅市がん患者医療用補整具購入費等助成金交付申請書
兼請求書

年 月 日

青梅市長 殿

申請者

住 所
氏 名
電 話 番 号

印

私は、青梅市がん患者医療用補整具購入費等助成金の交付を受けたいので、青梅市がん患者医療用補整具購入費等助成金交付要綱第5項の規定にもとづき、下記のとおり申請します。

この申請にかかる審査に際し、青梅市が住民基本台帳の記録を公募等により確認することに同意します。

なお、助成金の交付が認められた場合には、下記口座への振込みを請求します。

記

- 1 申請額（請求額） 金 円（上限 20,000 円）
 - 2 申請（請求）回数 1 回目 ・ 2 回目
 - 3 助成対象経費 次の補整具の購入・賃借にかかる経費
 - ・医療用ウィッグ（装着用ネット含む。）
 - ・毛付き帽子
 - ・人工乳房
 - ・補整下着
 - ・弾性着衣
- 購入・賃借した日 年 月 日
購入・賃借の費用 金 円

4 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・（ ）支店					
	金融機関コード					支店コード		
預金種類	普通・当座・（ ）		口座番号					
口座名義	（フリガナ）							

添付書類

- ・領収書またはこれに類する書類の写し
- ・がん治療を証する書類の写し（ ）
- ・その他（ ）