

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

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簿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 申請内容

購入・賃借の費用	金 円（実際に負担した額）
申請額（請求額）	金 円（上限20,000円）
申請（請求）回数	1回目・2回目（片方を○で囲う）
購入・賃借した日	年 月 日
購入・賃借した補整具 □から選択してください	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ <input type="checkbox"/> 人工乳房 <input type="checkbox"/> 毛付き帽子 <input type="checkbox"/> 補整下着 <input type="checkbox"/> 弾性着衣 <input type="checkbox"/> その他の人工補整具（ ）
がん治療の受診者情報 □から選択してください	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と生計を同じくする者 住所 氏名

2 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（ ）