

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	☐ 医療用ウィッグ ☐ 人工乳房 ☐ 毛付き帽子 ☐ 補整下着 ☐ 弾性着衣 ☐ 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	☐ 申請者と同じ ☐ 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（ ）