様式第１号（第５条関係）

にかほ市がん患者医療用補正具購入費補助金交付申請書

年　　　月　　　日

にかほ市長　様

申請者(※１)　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏名　　　　　　　 　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

にかほ市がん患者医療用補正具購入費補助金交付要綱第５条第1項の規定に基づき補助を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、次のことについて同意します。

・市から他の自治体に補助実績、医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を紹介すること。

・市から県及び他の自治体に対し、市の補助実績に係る情報を提供すること。

・補助の可否の決定に当たり、必要な範囲内で住民基本台帳等を確認すること。

記

交付申請額　　　　　　　　　　　　　　円

**注）太枠の中を記入して下さい。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | 生年月日 | |
| 補助対象者 |  | | 男・女 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 種　　類 | ウィッグ | 乳房補正具（右） | | | 乳房補正具（左） |
| 購入年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | | | 年　　月　　日 |
| 購入金額 | 円 | 円 | | | 円 |
| 以前の市補助金  受領の有無 | □ 有（　　年度受領済）  （　　年度受領済）  □ 無 | □ 有（　　年度受領済）  （　　年度受領済）  □ 無 | | | □ 有（　　年度受領済）  （　　年度受領済）  □ 無 |
| 県の補助金  受領の有無 | □ 有（　　年度受領済）　□ 無 | □ 有（　　年度受領済）  □ 無 | | | |
| 購入金額（税込）  （A） | 円 | 円 | | | 円 |
| 県補助対象額  （B） | 円  （上限15,000円） | 円  （上限10,000円） | | | |
| 市補助対象額  （A）－（B） | 円 | 円 | | | 円 |
| 市補助額  （C） | 円  （　上限15,000円） | 円  （　上限15,000円） | | | 円  （上限15,000円） |
| 交付申請額  （B）＋（C） | 円 | 円 | | | 円 |

※１　補助対象者が未成年の場合、親権者の氏名等を記入して下さい。

【添付書類】（１）にかほ市がん患者医療用補正具購入費補助金請求書（様式第２号）

（２）購入に係る領収書の写し

（３）治療内容を証明する書類の原本又は写し