

様式第1号

八幡市長

八幡市がん患者補装具購入費補助金申請書兼請求書

八幡市がん患者補装具購入費用補助要綱の規定により、関係書類を添えて補助金の交付を申請します。  
 なお、補助金の交付を決定した場合は、下記の指定口座に補助金を振り込んでください。

申請者自署	ふりがな		助成対象者との関係		
	氏名		生年月日	年	月 日
	住所	〒	電話番号		
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者本人				
	<input type="checkbox"/> 申請者と異なる				
	私は、上記申請者を代理人と定め、八幡市がん患者補装具補助金交付要綱に基づく手続き及び受領に関する一切の権限を委任します。				
	ふりがな		助成対象者との関係		
	氏名		生年月日	年	月 日
住所	〒	電話番号			

購入した補装具	内容	(1)ウィッグ等	(2)人工乳房・人工乳頭	(3)補整下着等
	購入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入額	円	円	円
	申請額	(上限3万円) 円	(上限3万円) 円	(上限1万円) 円

振込先	金融機関名		預金種目・口座番号				口座名義(フリガナ)	
	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	1.普通		2.当座			

<添付書類>

- ①がん治療に伴う脱毛や乳房の変形を証明できる書類。写し可。
- ②購入した補装具の領収書等。

市記入欄	住基	履歴				
		(1)	(2)	(3)	無	
	交付決定額					
	(1)	円	(2)	円	(3)	円
	合計					円