

令和 年 月 日

（あて先）橋本市長

申請者（請求者）住所 橋本市

氏名 印

電話番号

橋本市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

橋本市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請・請求します。なお、申請するにあたり、市が保有する対象者の住民票及び市税の滞納の有無に関する情報を閲覧すること並びに対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会することに同意します。

対象者	ふりがな				生年月日			
	氏名	□申請者と同じ			年 月 日			
	住所	□申請者と同じ 橋本市						
補整具の種類	医療用ウィッグ		乳房補整具（右側）		乳房補整具（左側）			
購入年月日	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日			
購入費用	円(税込)		円(税込)		円(税込)			
助成金申請額	円		円		円			
助成金請求額（申請額の合計額）			円					
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協			本店・支店・出張所			
	預金種別	普通・当座		口座番号				
	ふりがな						
	口座名義							

【添付書類】

- がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類
- 対象補整具購入にかかる領収書