

鹿角市医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

鹿角市長 様

申請者 住 所 鹿角市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

(助成対象者が未成年の場合、申請者(親権者)の氏名を記載)

関係書類を添えて、次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。

助 成 対 象 者	ふりがな		生年月日	
	氏名		年	月 日 ( 歳)
申請者※1	ふりがな		助成対象者との関係	
	氏名	(印)		
補正具	1. ウィッグ		2. 乳房補正具	
購入金額	円(税込)	購入年月日	年	月 日
過 去 の 助 成 状 況	過去に秋田県又は他の都道府県・指定都市・中核市・市町村から補正具購入に係る助成を受けたことがありますか。 ない・ある (ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 _____ 年 _____ 月)			
申請額 金 _____ 円 (第4条に定めた額とする。)				

※1 助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に親権者の氏名を記入してください。

- (添付書類)
- 補正具の購入に係る領収書の写し
  - 同意書
  - がん治療を受ける本人及び申請者の住民票（同意書に基づき住民情報を市で確認できる場合は省略可）
  - 治療内容を証明する書類の写し

## 鹿角市医療用補正具購入費助成金交付申請書

令和2年 10月 3日

鹿角市長 様

申請者 住所 鹿角市花輪字下花輪50

氏名 鹿角 花子

印

電話番号 0186-30-0119

(助成対象者が未成年の場合、申請者(親権者)の氏名を記載)

関係書類を添えて、次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。

助成対象者	ふりがな	かづの はなこ		生年月日
	氏名	鹿角 花子		昭和35年4月2日(60歳)
申請者※1	ふりがな			助成対象者との関係
	氏名	印		
補正具	1. ウィッグ		2. 乳房補正具	
購入金額	108,000円(税込)		購入年月日	令和2年 8月 1日
過去の助成状況	過去に秋田県又は他の都道府県・指定都市・中核市・市町村から補正具購入に係る助成を受けたことがありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある (ある場合、自治体名_____助成の時期 _____年____月__)			
申請額		金 _____円 (第4条に定めた額とする。)		
*金額は記入しないでください。				

※1 助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に親権者の氏名を記入してください。

- (添付書類)
- 補正具の購入に係る領収書の写し
  - 同意書
  - がん治療を受ける本人及び申請者の住民票（同意書に基づき住民情報を市で確認できる場合は省略可）
  - 治療内容を証明する書類の写し