

年 月 日

滝沢市長 様

申請者 住 所 滝沢市  
氏 名  
(対象者との続柄 )  
電話番号

滝沢市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書

滝沢市がん患者医療用補整具購入費補助金の交付を受けたいので、滝沢市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱第 4 条第 1 項の規定により関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、市が、申請内容の審査のため、その保有する対象者及び申請者の個人情報を確認することに同意します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	〒 滝沢市		
補整具の種類	1 医療用ウィッグ 2 乳房補整具（右側） 3 乳房補整具（左側）		
購 入 金 額	円	購 入 日	年 月 日
交付申請額	円 ※購入金額の 1/2 の額(1,000 円未満の端数は切り捨て)とし、上限は 2 万円。		

添付書類

- 1 がん治療受診証明書（様式第 2 号）又は治療内容を証明する書類の写し
- 2 購入した品目、年月日及び金額を証明する書類の写し
- 3 本人を確認する書類の写し