

守谷市がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

助成対象者	ふりがな 氏名 (男・女)	生年月日 年 月 日 (歳)
がんの 治療状況	医療機関名 主治医名	治療方法 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ()
補整具の 種類	ウィッグ	購入日 年 月 日
		購入額(税込) 円
		県の補助金交付 (有・無) ※有の場合は金額を記入 円
		対象費用 円 ※購入額から県の補助額を差し引いた額
		対象費用に2分の1を乗じて得た額 [ア] 円 ※1,000円未満切捨て
		申請額 (2万円と[ア]の低い額) 円
	乳房補整具	購入日 年 月 日
		購入額(税込) 円
		県の補助金交付 (有・無) ※有の場合は金額を記入 円
		対象費用 円 ※購入額から県の補助額を差し引いた額
		対象費用に2分の1を乗じて得た額 [イ] 円 ※1,000円未満切捨て
		申請額 (1万円と[イ]の低い額) 円
申請 (請求) 金額 (ウィッグと乳房補整具の申請額の合計)		円
振込 金融 機関	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合 本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種目	普通 普通以外 (種別:) 口座番号
	ふりがな 口座名義	
<p>守谷市がん患者ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添え申請(請求)します。なお、次のことについて同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 市が医療機関に治療内容を照会し、及び購入先に購入内容を照会すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 市が茨城県に補助金の交付内容を照会すること。</p> <p><input type="checkbox"/> 補助金の交付決定に必要な範囲内において市が保有する私に関する情報を利用すること。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 下 住 所 氏 名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>守谷市長 宛て</p>		

本票 審査者	
-----------	--