

(表)

別記第1号様式(第5条関係)

年 月 日

(宛先) 新発田市長

新発田市がん患者医療用補整具購入費助成申請書

新発田市がん患者医療用補整具購入費助成を受けたいので、関係書類を添付して申請します。

申請者	フリガナ		助成対象者との 続 柄	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住 所	(〒 -)		
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要です)			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		電話番号	
	住 所	(〒 -)		
過去における 補整具の助成	無・有(医療用ウィッグ・乳房補整具・人工乳房等)			
助成対象費用	区 分	医療用ウィッグ	乳房補整具	人工乳房等
	購 入 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額	円(税込)	円(税込)	円(税込)
	購入金額 ×1/2	㊦ 円 (1,000円未満切捨)	㊧ 円 (1,000円未満切捨)	㊨ 円 (1,000円未満切捨)
	助成上限額	㊩ 25,000円	㊪ 25,000円	㊫ 50,000円
	助 成 額	㊬又は㊩のいずれか低い額	㊭又は㊪のいずれか低い額	㊮又は㊫のいずれか低い額
助成合計額		円(㊬ + ㊭ + ㊮)		
添付書類	<input type="checkbox"/> がんと診断され、かつ、その治療を受けた者又は現に受けていることを証明する書類 <input type="checkbox"/> がん治療に起因する脱毛又はがん治療による乳房の切除に伴う補整具が必要であること又は必要となることが想定されることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 補整具の領収書(宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるもの)の写し <input type="checkbox"/> 商品カタログ等購入した補整具が確認できるもの <input type="checkbox"/> 振込先口座(申請者名義の口座に限る)の通帳の写し(金融機関名、本支店名、口座種別、口座番号、口座名義人の分かるもの)の写し <input type="checkbox"/> 上記のほか、市長が必要と認める書類			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協	支店名	本店・支店 出張所
	口座番号		口座名義人	フリガナ
	普通・当座		(申請者と同一)	氏名

備考 には、該当する場合に「✓」印を付してください。

(裏面あり)

(裏)

新発田市がん患者医療用補整具購入費助成に関する同意書兼誓約書

次に掲げる事項について、同意し、及び誓約します。

1 同意する事項

- (1) 氏名、住所、生年月日及び続柄について、市の住民基本台帳で確認すること。
- (2) 申請に係る補整具について、購入した店舗等に照会すること。
- (3) 申請に係る補整具について、医療機関に治療内容を照会すること。
- (4) 市税の課税状況の確認を行うこと及び必要な資料（税情報含む。）の情報提供等を他の行政機関等へ照会すること。

2 誓約する事項

- (1) 申請内容について、事実に相違ありません。
- (2) 市から調査等の求めがあった場合は、これに応じます。
- (3) 申請に係る補整具について、国又は他の地方公共団体等からの助成等は受けていません。
- (4) 虚偽や不正等が判明した場合は、市の指示に従い助成金を返還します。

年 月 日

署名 _____