

長岡市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

長岡市長 様

補助金の交付を受けたいので、下記事項に同意・誓約のうえ、長岡市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

申請者	住所	長岡市
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	電話番号	
申請区分	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ ※ がん治療に伴う脱毛に対応するため、一時的に着用する医療用のもの(毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネットを含む) <input type="checkbox"/> 乳房補整具 ※ 外科的治療等による乳房の形の変化に対応するための補整下着又は人工乳房(乳房再建手術等によって体内に埋め込まれたものを除く)	
購入日	年 月 日	
過去における補助金の交付の有無	無 ・ 有	
購入費合計	円 医療用ウィッグ及び乳房補整具の購入費の合計額	
補助額	円 購入費合計の2分の1(千円未満切り捨て)、上限20,000円	
関係書類	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書・診断書、治療計画書、抗がん剤名・乳腺腫瘍手術が記載された診療証明書の写し <input type="checkbox"/> 補整具の購入に係る領収書の写し等(補整具名、購入者、購入日、購入費が確認できるもの) <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"/> 振込先口座の通帳の写し	

2 誓約事項

下記について同意・誓約します。 (1) 同意事項 ・市の住民基本台帳情報を確認すること ・市から医療機関に治療内容を照会すること (2) 誓約事項 ・申請を行った上記の内容について、事実と相違ありません。 ・長岡市から調査の求めがあった場合は、これに応じます。 ・虚偽や不正等が判明した場合は、補助金の全部を長岡市に返還します。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____</p>
---