

様式第1号（第6条関係）

龍ヶ崎市がん患者療養生活サポート事業助成金交付申請書兼請求書

助成対象者	ふりがな		生年月日		
	氏名	印	年	月	日（歳）
がんの 治療状況	医療機関名		主治医名		治療方法
					手術・放射線・薬剤・ その他（ ）
	購入・レンタル費用 ①	申請額		領収書等の日付	
		①×1/2又は20,000 円のいずれか低い額を記載 ※1,000円未満切り捨て			
助成 対象	ウィッグ	円 (税込)	円 (税込)	1枚目（年 月 日） 2枚目（年 月 日） 3枚目（年 月 日）	
	乳房補整具	円 (税込)	円 (税込)	1枚目（年 月 日） 2枚目（年 月 日） 3枚目（年 月 日）	
	福祉用具	福祉用具名	円 (税込)	円 (税込)	1枚目（年 月 日） 2枚目（年 月 日） 3枚目（年 月 日）
交付申請額	ウィッグ・乳房補整具・福祉用具 の合計 円		茨城県が実施する 補助金の受給の有無	あり（金額 円） なし	
添付書類	<input type="checkbox"/> 購入（レンタル）したものの内容又は金額が分かる書類【原本】※確認後返却 <input type="checkbox"/> がん治療を受けた又は現に受けていることが分かる書類（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等）（茨城県が実施するいばらきがん患者トータルサポート事業に係る補助金を受けている場合は、当該補助金を受けていることが分かる書類）【写し】				
振込先	金融機関	銀行 金庫 組合		本店 支店	
	普通 当座	No.			
	口座名義人	フリガナ			
同意書	<p>龍ヶ崎市がん患者療養生活サポート事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請（請求）します。なお、次のことについて同意します。</p> <input type="checkbox"/> 助成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。 <input type="checkbox"/> 市が茨城県に補助金の交付内容を照会すること。 <input type="checkbox"/> 市が医療機関に治療内容を照会し、及び購入又はレンタル先にその内容を照会すること。				
	龍ヶ崎市長 様		年 月 日		
	申請者		〒 住 所 氏 名 電話番号		