

様式第1号（第5条関係）

大阪狭山市がん患者等医療用補正具購入費助成申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）大阪狭山市長

申請者 住所 氏名 氏名 (印)
 助成対象者との続柄 本人・本人以外 ()
 電話番号

対象補正具の購入費用の助成について、大阪狭山市がん患者等医療用補正具購入費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり、申請（請求）します。

1 申請内容

助成対象者	フリガナ		生年	年 月 日
	氏名		月日	(歳)
	住所			
	病名等			
対象補正具	種類	医療用ウィッグ	乳房補正具	
	購入年月日	年 月 日	年 月 日	
	購入金額	円	円	
申請金額	円	上限金額 医療用ウィッグ 20,000円 乳房補正具 20,000円		

2 請求内容

※口座名義人が申請者の口座に限ります。

金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店 本所・支所
預金種別	普通・当座・その他 ()	口座番号
フリガナ		
口座名義人		

3 確認事項

- ・同一の対象補正具の購入について、国、他の地方公共団体又はこれに準ずる団体からの助成等を受けていない、若しくは受ける予定がありません。
- ・対象補正具、助成対象者であることその他の助成の要件を満たしていることを本市が公簿等により確認することについて同意します。

署名 _____

4 添付書類

- (1) 治療方針計画書、治療同意書、手術同意書、診療明細書等（添付できない場合によっては、自己申告書（様式第2号））
- (2) 対象補正具を購入した年月日、金額内訳、品名が記載されている領収書
- (3) その他市長が必要と認める書類