

盛岡市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼報告書

申請日 令和 年 月 日

盛岡市長 殿

(申請者) 住 所

氏 名

対象者との関係

電話番号(日中連絡がつくもの)

医療用補整具の購入経費について、次のとおり購入補助金交付を受けたいので申請します。
私は、盛岡市が、住所等の確認のために私の住民記録の閲覧をし、又は補助要件を満たしている
か確認の必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

対象者(児)	フリガナ			生年月日	
	氏名			昭和 平成 令和 年 月 日	
	住所	〒		電話番号(日中連絡がつくもの) — —	
がんの 治 療 状 況	医療機関名				
	主治医		治療方法	☐ 手術 ☐ 放射線 ☐ 薬剤 ☐ その他()	
がんの治療状況治療を受けていることを証する書類		☐ 診断書 ☐ 説明書 ☐ 治療方針計画書 ☐ 診療明細書 ☐ クリニカルパス ☐ がん診療パス ☐ わたしのカルテ ☐ お薬手帳 ☐ その他()			
過去の受給の有無 ※1		有 ・ 無 ※1:令和2年4月1日以降に、岩手県内の市町村で購入助成を受けたことがある場合は、「有」に○を付けてください。			
申請金額			注意点		
全頭用 医療用 ウィッグ	①購入金額		※ウィッグ1台分の価格		
	購入日		円 ※付属品やケア用品、送料、交通費は含みません。 ※保護用ネットは、本体価格に含まれている場合は、対象とします。		
	年 月 日		申請額は①の購入経費の1/2(上限2万円)		
	購入店舗		②補助金申請額 円 (1,000円未満切り捨て)		

(申請者が対象者と異なる場合)
私は、上記のとおり申請することに同意します。 年 月 日
氏名

【事務処理欄】申請者の本人確認について
☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 資格確認書 ☐ その他()