

別記

第1号様式（第5条）

浦安市がん患者医療用補整具等購入費等助成申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長 内田 悅嗣

申請者 住 所
氏 名
電話番号

医療用補整具等購入費等の助成を受けたいので、浦安市がん患者医療用補整具等購入費等の助成に関する規則第5条の規定により、関係書類を添えて、申請します。

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（ ）	
ウィッグ (購入・借受け)	購入年月日	購入等に要した費用（税込）	ウィッグ助成申請額			
	年 月 日	円	3万円又は購入等に要した費用（税込）の いずれか少ない方の額を記入してください。			
	借受け期間					
	自 年 月 日 至 年 月 日		円			
胸部補整具 (購入)	購入年月日	購入に要した費用（税込）	胸部補整具助成申請額			
	年 月 日	円	2万円又は購入に要した費用（税込）の いずれか少ない方の額を記入してください。			
エピテーゼ (購入)	購入年月日	購入に要した費用（税込）	エピテーゼ助成申請額			
	年 月 日	円	5万円又は購入に要した費用（税込）の いずれか少ない方の額を記入してください。			
本事業助成の有無	有 →助成決定年月日（ 年 月 日）種類（ウィッグ・胸部補整具・エピテーゼ）				他の助成の有無	
	無				有・無	
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店	預金種別	
		信用組合		出張所	普通・当座	
	フリガナ			口座番号		
口座名義						
添付書類		(1) 治療方針計画書、抗がん剤治療同意書の写しその他のがんの治療を 受けていることを証する書類 (2) 医療用補整具等の購入等をした日付及び金額を証する書類				

【市使用欄】

領収書 枚	住民となった日 年 月 日	申請受理者サイン	助成額 円
----------	------------------	----------	----------