

様式第1号 (第5条関係)

熱海市がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

熱海市長 あて

住 所

申請者 氏 名

印

電 話

関係書類を添えて次のとおり医療用補整具購入費の助成を申請します。また、申請に当たり熱海市から医療機関への治療内容等についての照会、購入先へ補整具の内容等についての照会及び助成金の可否を決定するために必要な公簿の閲覧についての照会並びに静岡県に対し、助成実績に係る情報を提供することについて同意します。

申 請 者	ふりがな				助成対象者との関係
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	性 別	男・女	
	住 所				電 話
助成対象者 (申請者と同じであれば記入不要)	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	性 別	男・女	
	住 所				電 話
助成の対象となる経費	補 整 具 の 種 類	医療用ウィッグ (全頭用かつら)	乳房補整具 (補整下着又は人工乳房のいずれか)	補整下着 (下着とともに使用するパッドを含む。)	人 工 乳 房
	購 入 日	年 月 日	年 月 日		
	購 入 費 用	円	円	円	円
助 成 申 請 額					円
過去における医療用補整具購入に係る助成金の受給の有無					有 ・ 無