

和光市がん患者エピテーゼ購入費補助金交付申請書兼請求書

和光市長 様

年 月 日

和光市がん患者エピテーゼ購入費補助金交付要綱（以下「当要綱」という。）第6条第1項の規定により、次の事項について確認・同意のうえ関係書類を添えて申請します。
(↓☑をお付けください)

- ☐ 過去に和光市がん患者エピテーゼ購入費補助金の交付を受けていません。
- ☐ 申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付の対象ではありません。
- ☐ 過去に、国、都道府県又は他の市区町村において、当要綱と同等の補助を受けていません。
- ☐ 申請内容について、市が保有する個人情報を閲覧及び調査することに同意します。
- ☐ 和光市から医療機関に治療内容を照会すること及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

申請者	ふりがな		生年月日	年	月	日									
	氏名		電話番号												
	住所	〒 - 和光市													
対象者	区分	☐ 申請者本人が対象者の場合（対象者欄の以下の項目の記入は不要） ☐ 上記の者を申請者として委任する場合（対象者欄の以下の項目の記入が <u>必要</u> ）													
		※対象者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。													
	ふりがな		生年月日	年	月	日									
	氏名		電話番号												
	住所	〒 - ☐ 申請者と同じ													
治療方法		手術		薬物療法		放射線治療		その他（ ）							
補助対象経費	エピテーゼ	部位（ ） ※体内に埋め込まれたものを除く													
	購入日	年 月 日													
	購入費用	ア 円（税込）													
	補助限度額	イ 20,000 円													
	補助対象額（申請額）	「ア」又は「イ」のいずれか低い額 円													
添付書類 (☑をつけ、添付もれがないかご確認ください)		☐ 本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、住民票の写し等) ※申請を委任する場合は、受任者の本人確認書類も必要 ☐ がん治療に関する説明書、治療方針計画書、診療明細書などの写し(抗がん剤治療、化学療法、外科的治療等により外見の変化が生じたことがわかる書類の写し) ☐ 領収書(宛名、購入日、購入金額、購入品目等明細、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの。「エピテーゼ」であることがわかる記載のあるもの。原本に限る。) ☐ 振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し(通帳、キャッシュカードの写し)													
(申請振込者先)	金融機関名	銀行 ・ 金庫 信用組合 ・ 農協					金融機関コード								
	支店名	本店 ・ 支店 ・ 出張所					店番号								
	口座番号	普通 ・ 当座								口座名義人 (申請者と同一)	カナ 氏名				

以下和光市記載欄

受付日	審査	項目	可否	備考	決定年月日	(□交付・□不交付)
		住所	☐ 可 ☐ 否			
		治療	☐ 可 ☐ 否			
		購入日	☐ 可 ☐ 否	補助決定額	円	
		購入内容	☐ 可 ☐ 否			
		申請日	☐ 可 ☐ 否			
		振込先	☐ 可 ☐ 否			
		補助歴	☐ 可 ☐ 否			