

妙高市医療用補正具購入費用助成申請書

年 月 日

妙高市長 宛て

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1. 申請内容

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	〒		
医療用補正具	区分	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ		<input type="checkbox"/> 乳房補正具
	申請回数	回目		回目
	購入日	年 月 日		年 月 日
	購入金額	円		円
	助成金額※	円		円
	交付申請額(合計)※			円
妙高市以外の助成金の有無		有 ・ 無		
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協	支店名	支店
	口座番号	普通・当座	口座 名義人	
市処理欄	受付No.※			
	過去の申請の有無※	<input type="checkbox"/> 有(前回購入日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(前回購入日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 無	

※太枠欄は記入不要です。

2. 添付書類

- 補正具の購入に係る領収書
- がん治療を受けたこと又は現に受けていることを証する書類の写し
- 商品カタログ等の購入した物品が確認できる書類