

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

飛驒市長 あて

飛驒市がん患者医療用ケア用品購入費助成金交付申請書

飛驒市がん患者医療用ケア用品購入費助成金の交付を受けたいので、飛驒市がん患者医療用ケア用品購入費助成金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

なお、本申請にあたり、飛驒市が本助成金の交付に関し飛驒市住民基本台帳の記録に関する事項を照会、確認することに同意します。

ふりがな	生年月日		
申請者氏名	年 月 日生（ ）歳		
住所	〒 飛驒市 電話（ ）		
補正具等が必要な理由	就労のため・社会参加のため・その他（ ）		
補正具等の区分	1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具（ 右側 ・ 左側 ） 3 入浴着		
購入費用	円	購入日	年 月 日
他の公的助成金受給の有無		無 ・ 有	
助成金申請額 金 円			
(添付書類) ・ 当該申請に係る補正具等の購入費用の額が確認できる領収書の写し ・ がんの治療を受けていることが分かる診療明細書等の書類			