

記入例

富士市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書

ボールペンで記入してください。
消せる筆記具（フリクション等）は
使用しないでください。

（宛先） 富士市長

令和〇年 〇月 〇日

基本、補助対象者が申請者となります。
補助対象者が未成年の方や後見人がいる場合の
み、保護者や後見人などの法定代理人が
「申請者」となります。

住 所 富士市永田町1丁目100

申請者

氏 名 富士 花子

金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請しま
す。

補助対象者	(ふりがな) 氏 名	花子	生年月日	S・H〇〇年 〇月 〇日 (〇 歳)	
	住 所	富士市永田町1丁目100		電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
申請者	(ふりがな) 氏 名	同上	補助対象者との関係	本人	
	住 所	同上		電話番号	
補助対象額	医療用補整具 の種類	医療用かつら	乳房補整具		
			補整下着	人工乳房	
	購 入 日	20〇〇年 〇月 〇日	20〇〇年 〇月 〇日	年 月 日	
	購 入 費 用	32.000 円	19.800 円		
	補助の限度額	20,000 円	20,000 円		
	購入費用又は 補助の限度額 のうちいずれ か低い額	20.000 円	19.800 円		
交付申請額		合計金額を記載 39.800 円			
他の同種の補助金 等の受給		☐ 有 (名称)・ ☒ 無			

(注) 該当する項目の□に✓を付してください。

市長が、この申請の内容について住民
等へ照会することについて同意します。

医療用補整具購入費に対する
補助金を過去に受けていない
場合は「無」にチェック

氏名 富士 花子

(氏名を自書しない場合は、記名押印すること。)

購入日は、領収書の日付(複数購入して
購入日が異なる場合は一番古い日付)
購入費用は領収書記載の金額(税込の金
額)複数購入した場合は、合計金額

富士市がん患者医療用補整具購入費補助金口座振替依頼書

(宛先) 富士市長

記入例

富士市がん患者医療用補整具購入費補助金について、次の口座に振込みを依頼します。

申請者氏名※	富士 花子		
住 所	富士市永田町1丁目100		
金融機関名	富士山	銀行 信用金庫 信用組合	富士 支店
預金種目	1 普通	2 当座	3 その他 氏名を一致させる
口座番号	1234567		
口座名義人※	フリガナ	フジ ハナコ	
		富士 花子	

※ 申請者と一致させてください。