

第 1 号様式（第 5 条関係）

富士市がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書

年 月 日

（宛先） 富士市長

住 所

申請者

氏 名

富士市がん患者医療用補整具購入費補助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		生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	
	住 所	電話番号			
申請者	(ふりがな) 氏 名		補助対象者との関係		
	住 所	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	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	購 入 費 用	円	円	円	
	補助の限度額	2 0 , 0 0 0 円	2 0 , 0 0 0 円	1 0 0 , 0 0 0 円	
	購入費用又は補助の限度額のうちいずれか低い額	円	円	円	
交付申請額		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基本台帳その他の公簿等の調査を行うこと及び医療機関等へ照会することについて同意します。
氏名 (氏名を自書しない場合は、記名押印すること。)