

様式第1号（第4関係）

年 月 日

陸前高田市長 様

申請者 住 所

氏 名

連絡先

陸前高田市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

陸前高田市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第4の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

フリガナ 対象者氏名		生年月日	年 月 日
補正具の種類	1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具（ 右側 ・ 左側 ）		
購 入 金 額 （税込価格）	円	購 入 日	年 月 日
交 付 申 請 額	円 ※上限2万円まで。		

添付書類

- (1) がん治療受診証明書（様式第2号）又は治療内容を証明する書類の写し
- (2) 補正具の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し（領収書等）
- (3) 本人を確認する書類の写し（運転免許証等）