

野田市補整具等購入費用助成金支給申請書兼請求書

申請日 年 月 日

(宛先) 野田市長

補整具等購入費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。この場合において、野田市補整具等購入費用の助成に関する規則に定める助成要件を満たしていることを誓約します。

申請者	住所			
	氏名	㊟		
	利用者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 (利用者が未成年の場合に限る)		
	電話番号			
利用者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 野田市		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	年 月 日		
治療等の状況	傷病名等			
	発症年月日等			
	受診医療機関名			
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
医療用 ウイッグ	購入年月日	購入金額	アの1/2 (1円未満切り捨て)	上限3万円(18歳以下は5万円)又はイのいずれか低い額
		ア 円	イ 円	ウ 円
胸部補整具	購入年月日	購入金額	エの1/2 (1円未満切り捨て)	上限1万円又はオのいずれか低い額
		エ 円	オ 円	カ 円
エピテーゼ	購入年月日	購入金額	キの1/2 (1円未満切り捨て)	上限5万円又はクのいずれか低い額
		キ 円	ク 円	ケ 円
助成申請額	ウ+カ+ケ 円			

振込先口座	銀行・金庫 組合・農協		支店・出張所		
	ゆうちょ店番				
	普通・当座	口座番号			
	フリガナ				受付印
口座名義人 (申請者)					
同意書	市が公簿等により要件の確認をすることについて同意します。 申請者氏名 _____ ㊟				