

※の箇所は申請時に確認しますので、空白でお願いします。

第1号様式（第5条関係）

※年 月 日

唐津市長 様

申請者 住所 唐津市二太子1丁目5番1号
氏名 唐津 花子
生年月日 H17.1.1
電話番号 75-5161

唐津市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

唐津市がん患者医療用補正具購入費助成金の交付を受けたいので、唐津市がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 申請内容

医療用補正具の内容	医療用ウィッグ または 乳房補正具 と記入してください		
助成対象経費	※ 円	購入日	※ 年 月 日
助成金申請額	※ 円		

2 確認事項（次の□にチェックを入れてください。）

助成対象者については、次のことを確認のうえ申請します。

- 住民基本台帳に関する調査に同意する。
- がんに係る医療を現に受けている又は過去に受けていた。
- 当該年度において同種の助成を受けていない。
- 唐津市補助金等交付規則（平成17年唐津市規則第42号）第3条の2に規定する排除対象者に該当するか否かに関し、市長が必要と認めるときは、佐賀県唐津警察署に照会することに同意する。

3 添付書類

- (1) がんと診断されたことを証する書類
- (2) 助成対象経費の支払を証する書類（領収書等）の写し