

別記様式（第5条関係）

富士宮市医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

富士宮市長 宛

住 所
申請者
氏 名

富士宮市医療用補整具購入費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。

助成対象者	ふりがな 氏 名			
	住 所	〒	電話番号	— —
	生年月日	年 月 日		
助成対象者本人が申請者である場合は、申請者欄の記入不要 助成対象者が未成年の場合は、申請者は法定代理人となります。				
申請者	ふりがな 氏 名			助成対象者 との関係
	住 所	〒	電話番号	— —
助成対象経費	補整具の 種 類	医療用ウィッグ (全頭用)	医療用乳房補整具 (いずれか1つ)	
	購入日	年 月 日	補整下着	人工乳房
	購入費用	円	円	円
	助成の限度額	20,000円	20,000円	100,000円
	購入費用又は 助成の限度額 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を受給していますか。			はい ・ いいえ	
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に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。				
申請者氏名：				