様式第１号（第６条関係）

鳥取市抗がん剤治療副作用対策支援事業補助金交付申請書兼請求書

　　　年　　　　月　　　　日

　　　鳥取市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　　－　　　　）

住　　所

氏　　名

（続柄：補助対象がん患者の　　　　　　　　）

電話番号　　　　　　－　　　　－

（日中に連絡ができる電話番号を御記入ください）

　鳥取市抗がん剤治療副作用対策支援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり、鳥取市補助金等交付規則第４条の規定により申請します。また、補助の適正を図るために必要な場合は、鳥取県に過去の交付状況の照会・提供を行うことについて同意します。なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　補助対象がん  患者 | | 氏　　　名 | |  | | | | | | | | |
| 住　　　所 | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | |
| 今年度補助金受給の有無 | | 今年度この補助金（県補助金を含む）を受けたことがありますか。  ある場合、補助を受けた用品の個数を記入してください。  有　　　・　　　無  →(インナーキャップ　　個、脱毛予防用品　　個) | | | | | | | | |
| ２　補助対象経費  （いずれか、又は両方の区分にご記入ください。  　購入品が２つある場合等は、購入費用と購入日をそれぞれご記入ください。） | | 区　　分 | | ア　頭皮冷却装置のインナーキャップ | | イ　脱毛予防用品 | | | | | | |
| ①購入費用 | | 円 | | 円 | | | | | | |
| 購入日 | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| ②購入費用 | | 円 | | 円 | | | | | | |
| 購入日 | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| ３　交付申請額 | | 円（購入費用×１／２、１００円未満切り捨て） | | | | | | | | | | |
| ４　他の補助の有無 | | □ あり（　　　　　　　　円）　　　□ なし | | | | | | | | | | |
| ５　添付書類  （添付した書類に☑をつけてください） | | □ 対象用品の領収書など購入した金額が分かる書類  □ 診療明細書などがん治療を受療していることが分かる書類  □（他の補助がある場合）補助額が分かる書類 | | | | | | | | | | |
| ６　振込先 | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | 銀行  金庫  農協  組合 | | 本店  支店  支所  出張所 | | 預金種別 | 普通・当座・その他 | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義  （※申請者名義） |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 鳥取市記入欄 | 交付決定年月日  （請求年月日） | 年 　　月　 　日 | 交付決定額 | 円 |