

修正液、修正テープでの訂正は無効です。訂正する場合は、訂正したい箇所に二重線を引き、訂正印の押印をお願いします。

様式第1号（第5条関係）

（記載例）

弘前市がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

令和 7 年 4 月 5 日

弘 前 市 長 様

申請者 住 所 弘前市大字上白銀町1-1

レジデンス弘前市役所101号

補正具を必要とされる方が未成年か成年後見人制度利用者の場合を除き、がん患者本人が申請者となります。

氏 名 弘前 太郎

印

電話番号 35-1111

押印をお願いします。

弘前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、弘前市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。なお、助成金の交付の決定があったときは、下記の振込先に助成金を交付するよう請求します。

補正具を必要とする者	フリガナ	ヒロサキ タカマル	生年月日	大正・昭和 平成・令和		18年11月30日（18歳）					
	氏名	弘前 鷹丸									
申請金額の算定	購入した補正具	購入年月日	ア 購入費用（税込）	イ アの2分の1の額 ※100円未満切捨て		助成金交付申請額 ※各補正具の区分につき 3万円又はイの額の いずれか少ない額					
	医療用ウィッグ	令和 7年 4月 1日	42,000円	21,000円		21,000円					
	胸部補正具	令和 年 月 日	円	円		円					
振込先	金融機関	弘前さくら		銀行 金庫 農協・組合	弘前城		本店・支店 本所・支所				
	種 別	普通	当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	ヒロサキ タロウ									
	口座名義	弘前 太郎									

補正具を必要とされる方が未成年の場合を除き、がん患者本人の口座が振込先となります。

誓約書兼承諾書

- この申請に係る医療用補正具購入費について、過去に弘前市又は他の地方公共団体から同種の助成金等の交付を受けておらず、及び受ける予定がありません。
- 申請内容の審査のために、市が、他の地方公共団体や関係する医療機関等に対し、申請内容の事実確認及び他の同種の助成金等の交付の有無の確認を行うことについて承諾します。

氏名 弘前 太郎

(注意事項)

- ・補正具を必要とする者が、未成年者又は被後見人である場合であって、その法定代理人が申請するときは、申請者の欄は法定代理人について記入してください。
- ・申請者氏名及び誓約書兼承諾書の氏名は、申請者本人が署名するか、又は記名押印してください。
- ・振込先は補正具を必要とする者（未成年者の場合はその法定代理人）の名義に限ります。
- ・申請にあたり、以下の書類を添付してください。なお、申請内容によっては下記以外の書類の提出を求める場合があります。

(添付書類)

- 1 がんの治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類（診断書、診療明細書、治療方針計画書の写し等）
- 2 補正具を購入した日及び支払った金額の明細が分かる書類
- 3 振込を希望する金融機関の預貯金口座が確認できる書類（通帳、キャッシュカードの写し等）
- 4 補正具を必要とする者本人であることを確認できる書類（運転免許証、マイナンバーカードの写し等）
- 5 法定代理人が申請する場合にあっては、当該法定代理人本人であることを確認できる書類（運転免許証、マイナンバーカードの写し等）及び補正具を必要とする者との関係を証明する書類

担当及び提出先

健康こども部健康増進課

☎ 0 1 7 2 - 3 7 - 3 7 5 0