

申請者氏名 _____

別紙 補整具購入明細 ※送料や手数料は含みません。

医療用ウィッグ			乳房補整具		
	購入年月日	購入金額 (税込)		購入年月日	購入金額 (税込)
1	年 月 日	円	1	年 月 日	円
2	年 月 日	円	2	年 月 日	円
3	年 月 日	円	3	年 月 日	円
4	年 月 日	円	4	年 月 日	円
5	年 月 日	円	5	年 月 日	円
6	年 月 日	円	6	年 月 日	円
7	年 月 日	円	7	年 月 日	円
8	年 月 日	円	8	年 月 日	円
9	年 月 日	円	9	年 月 日	円
10	年 月 日	円	10	年 月 日	円
購入金額の合計		円	購入金額の合計		円
確認用	購入金額の1/2の額 (ア) ※1円未満の端数は切捨	円	確認用	購入金額の1/2の額 (エ) ※1円未満の端数は切捨	円
	助成限度額 (イ)	20,000 円		助成限度額 (オ)	20,000 円
	助成対象額 (ウ) (アとイのいずれか低い方の額)	円		助成対象額 (カ) (エとオのいずれか低い方の額)	円
助成申請額		円 (※ウとカの合計額)			

(市記入欄) 【受付 No. _____】

	作業項目	<input checked="" type="checkbox"/>	処理日	備考
確認作業	住民基本台帳の確認	<input type="checkbox"/>	/	
	システム総合情報照会画面のコピー	<input type="checkbox"/>	/	
	システム入力	<input type="checkbox"/>	/	
	助成金交付/不交付決定通知書の送付	<input type="checkbox"/>	/	
	助成金支払起票	<input type="checkbox"/>	/	
	助成金振込確認	<input type="checkbox"/>	/	