

様式第1号

三島市頭蓋形状矯正ヘルメット購入費補助金交付申請書

年 月 日

三島市長 あて

住 所
申請者 氏 名
電話番号

三島市頭蓋形状矯正ヘルメット購入費補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお、次のことについて同意します。

- ☐ 三島市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- ☐ 他地方公共団体や加入健康保険組合等から補助を受けていないこと
- ☐ 治療効果に係る調査に協力すること

1 交 付 申 請 額 円

2 乳 幼 児 の 氏 名

3 乳 幼 児 の 生 年 月 日 年 月 日

4 治療を受けた医療機関等 名 称
所在地

(注)

- 1 交付申請額は、購入に係る支払額を記入してください。ただし100,000円を上限額とします。
- 2 次の書類を添付してください。
 - (1) 治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など
 - (2) 購入に要した費用の領収書
 - (3) 証明日から3ヶ月以内の納税証明書または非課税証明書