

様式第1号(第4条関係)

### 五城目町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

令和 年 月 日

五城目町長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(助成対象者が未成年の場合、申請者(親権者)の氏名を記載)

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。  
なお、次のことについて同意します。

- 町から他の自治体に対し助成実績、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
- 他の自治体から助成を受けていないこと

助成対象者	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日( 歳)	
	住所	〒 _____ 電話 ( )				
申請者※1	ふりがな		助成対象者との関係			
	氏名					
	住所	〒 _____ 電話 ( )				
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ(全頭用かつら)		乳房補正具		
	購入日	年 月 日		年 月 日		
	購入費用	ア	円(税込)	(補正パットまたは人工乳房の金額)		
				エ	円(税込)	
				(下着の金額)		
				オ	円(税込)	
助成限度額	イ	35,000	円	カ	20,000 円	
助成対象額	ウ【アまたはイのうちいずれか低い額】			キ【(エ+オ)またはカのうちいずれか低い額】		
			円		円	
助成申請額	円【ウとキの合計額】					
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など <input type="checkbox"/> 領収書(購入日(同日であれば領収日も可)、品目、金額入り。ウィッグは「全頭用」、乳房補正具は「補正パッド」又は「人工乳房」の記載のあるもの。)					

注) 申請可能な補正具は、今年度中及び昨年度中に購入したものです。

注) ゆうちょ銀行の場合、同行の通帳に記載された記号・番号(5桁・8桁)ではなく、振込用の店名(例:八六八支店など)・口座番号(7桁)を記入してください。

※1 受診者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に保護者など親権者の氏名等を記入してください。

注) 申請内容等に虚偽があった場合は、助成金の返還を求められます。