

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

五城目町長 様

令和 年 月 日

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】 円	キ【(エ+オ)またはカのうちいずれか低い額】 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。