

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	(補正パッド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づれか低い額】 円	キ【(エ+オ)またはカのうちいづれか低い額】 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る場合があります。