

様式第 1 号（第 5 条関係）

昭和町がん患者医療用補正具購入費助成申請書

年 月 日

昭和町長

がん患者医療用補正具購入費助成の支給を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 ※1	ふりがな		生 年 月 日	支給対象者 との関係	
	氏 名		年 月 日（ 歳）		
	住 所	〒 電話番号（ ）			
支給対象者	ふりがな		生 年 月 日		
	氏 名		年 月 日（ 歳）		
	住 所	〒 電話番号（ ）			
助成の可否を決定するために、申請者及び支給対象者の住民基本台帳の公簿の閲覧、町税の滞納の有無を確認することについて同意しますか				はい ・ いいえ	
助成の適性を判断するために必要な場合、医療機関に対して治療内容及び購入先に購入内容を問い合わせることについて同意しますか				はい ・ いいえ	
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ	乳房補正具（補正下着又は人工乳房のいずれか）		
			補正下着	人工乳房	
	購 入 日	年 月 日	年 月 日		
	購入費用	ア 円（税込）	（補正下着の金額） エ 円（税込）	（人工乳房の金額） キ 円（税込）	
	助成限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 100,000円	
	助成対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】 円	カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 円	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 円	
助成申請額		円（※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。）			
振込先 指定口座	金融機関	銀行 組合		本店 支店	
		農協 金庫		出張所	
	口座種類	普通・当座	口座番号		
	ふりがな				
	口座名義人				

添付書類

- (1) 薬物療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書や診療明細書など
- (2) 領収書かつ、納品書または明細書（購入日、品目、単価、個数の記載があるもの）
- (3) 助成金の振込口座の通帳の写し(口座番号、口座名義の分かる箇所)

※1 未成年(18歳未満)の場合は、申請者欄に保護者の名前を記入してください