

入善町がん患者補正具購入費用助成金交付申請書

年 月 日

入善町長あて

入善町がん患者補正具購入費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり申請します。
なお、次のことについて同意します。

- ☐ 町が医療機関・購入先に対し、治療内容・購入内容を照会すること
- ☐ 本申請に係る必要事項の確認のため、担当職員が住民票を閲覧し、町税等の納税状況について税務関係課から報告を求めること

申請者	ふりがな			助成対象者との続柄	
	氏名	印			
	住所 電話番号	〒 ー 入善町 電話番号			
助成対象者	ふりがな			性別	生年月日(申請時における年齢)
	氏名			男・女	年 月 日(歳)
	住所 電話番号	(申請者と同一の場合は記載不要) 〒 ー 入善町 電話番号			
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ (ケア帽子、頭皮保護用ネット含む)		乳房補正具【右・左】 (補正パッド又は人工乳房、固定下着)	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用(A)※	円(税込)		円(税込)	
	(A)の 1/2 の額 (B)	円 (1,000 円未満切り捨て)		円 (1,000 円未満切り捨て)	
	上限額(C)	30, 000円		左右 各 20, 000円	
	(B)または(C)のい ずれか低い額(D)	①	円	②	円
	加算(県補助) (D)の 1/2 の額 但し、上限有り	③	円 (上限10, 000円)	④	円 (上限 片側5, 000円)
交付申請額 (①+②+③+④)		円			
振込先 (申請者)	金融機関名	銀行・金庫 農協		本店・支店 支所・出張所	預金 種別 普通・当座
	口座番号	フリガナ 口座名義人			
添付書類		☐ がん治療を受けていた又は現在受けていることが分かる書類 (化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等) ☐ 補正具購入に係る領収書 ☐ 購入した補正具が分かるパンフレット ☐ 同種の他の助成等を受けている場合は、その助成額が分かる書類(他の助成 有・無)			

【備考】助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に保護者の氏名等を記入。
※同種の他の助成等を受けている場合は、その助成額を除いた額を記入。
(支払金額 円) - (他助成額 円) = (円) = (A)