

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<br>電話番号  | 〒 - 入善町<br>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<br>電話番号  | (申請者と同一の場合は記載不要)<br>〒 - 入善町<br>電話番号 |     |                                  |                   |
| 助成対象経費       | 補正具の種類  | 医療用ウィッグ<br>(ケア帽子、頭皮保護用ネット含む)        |     | 乳房補正具【右・左】<br>(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<br>(B)  | 円<br>(1,000円未満切り捨て)                 |     | 円<br>(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<br>いずれか低い額   | ① 円                                 |     | ② 円                              |                   |
| 交付申請額(①+②)   |   | 円                                   |     |                                  |                   |
| 振込先<br>(申請者) | 金融機関名   | 銀行・金庫<br>農協                         |     | 本店・支店<br>支所・出張所                  | 預金<br>種別<br>普通・当座 |
|              | 口座番号  | フリガナ<br>口座名義人                       |     |                                  |                   |
| 添付書類         | <input type="checkbox"/> 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<br>(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)<br><input type="checkbox"/> 補正具購入に係る領収書 <input type="checkbox"/> 購入した補正具が分かるパンフレット<br><input type="checkbox"/> 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)