様式第１号（第５条関係）

平内町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

平内町長　様

申請者　住　所

氏　名　　㊞（続柄　　）

連絡先

平内町がん患者医療用補正具購入費助成金について、平内町がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第５条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、町職員が助成金交付可否審査のため必要な範囲において、診療明細等の個人情報の閲覧、医療機関及び購入先等へ聴取することについて同意します。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td><td colspan="3">生 年 月 日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3"></td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6">平内町大字　　□申請者と同じ</td></tr>
<tr><td colspan="2">がんの
治療状況</td><td>医療機関名</td><td colspan="2"></td><td>治療方法</td><td colspan="2">手術療法・放射線療法・化学療法・
その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">補正具の種類</td><td colspan="6">１　医療用ウィッグ　　２　乳房補正具（　右側・左側　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">購入金額</td><td colspan="2">円</td><td>購入年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">交付申請額
（請求額）</td><td colspan="6">円（購入金額の全額又は助成限度額のいずれか低い額）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">振込先
※申請者の口座を記入</td><td colspan="2">金融機関名</td><td colspan="2">支店名</td><td>預金種別</td><td>口座番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">銀行
金庫・組合
農協・漁協</td><td colspan="2">本・支店
本・支所
出張所</td><td>普通
当座</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">口座名義人</td><td>カタカナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>漢　字</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

添付書類

・がん治療受診証明書（様式第２号）又は治療内容を証明する書類の写し

・補正具の購入年月日、購入金額及び支払の事実を証明する書類（領収書等）の写し

・振込先の預金通帳又はキャッシュカードの写し