

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。

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

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