

別記様式第1号（第4条関係）

内灘町がん患者補正具購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

内灘町長

申請者（口座名義人と同一）

住所 内灘町

氏名

㊞

電話番号

()

がん患者補正具購入費用助成金の交付を受けたいので、内灘町がん患者補正具購入費用助成金交付要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請（請求）します。なお、本申請の審査に必要な範囲で住民基本台帳の記録について確認することに同意します。

1. 助成対象者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			() 歳
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 内灘町		

2. 助成対象経費

補正具の種類	医療用ウィッグ（保護用ネット含む）	乳房補正具（右・左）
購入年月日	年 月 日	年 月 日
購入費用 (A)	円	円
(A)の1/2の額 (B) (1,000円未満切捨て)	円	円
助成限度額 (C)	20,000円	片側（右・左） 20,000円 両側 40,000円
(B)又は(C)の いずれか低い額	① 円	② 円
助成金申請（請求）額 (①+②)	円	

3. 振込先

金融機関名			本・支店名	
預金種別	普通・当座	口座番号		
口座名義人 (申請者と同一)	(フリガナ)			
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を受けたこと又は受けていること及びがんの治療により脱毛または乳房の切除をしたことがわかる書類 (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) <input type="checkbox"/> 補正具の領収書等(品名、購入年月日、購入金額がわかる書類)			