様式第１号(第５条関係）

高根沢町がん患者補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年　　 月　　 日

高根沢町長 　　　　　　　　様

申請者 　 住所

氏名　　　　　　　　　　　（※）

電話番号

生年月日　　　　　年　　月　　日

（※）本人が手書きしない場合は記名押印してください。

高根沢町がん患者補整具購入費助成金交付要綱第５条第１項の規定に基づき、高根沢町がん患者補整具購入費助成金の交付を受けたく、関係書類を添えて申請及び請求します。

また、この申請の審査に当たり、私の住民記録及び町税の納付状況について、高根沢町が公簿等により調査確認することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| がんの治療状況 | 医療機関名 | 主治医 | 治療方法 |
|  |  | 手術　・　放射線　・　薬剤その他（ 　　　　　　　　　　　　　　） |
| がんの治療を受けていることを証する書類※該当するものを〇で囲む | 診療明細書　　　・　　　治癒方針計画書その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 購入した補整具 | 医療用ウィッグ | 購入年月日 | 購入経費 | 購入経費×0.9　※1円未満切捨 |
| 年　　月　　日 | 円 | （ア） | 　　　　　　　　円 |
| 乳房補整具（右側） | 購入年月日 | 購入経費 | 購入経費×0.9　※1円未満切捨 |
| 年　　月　　日 | 円 | （イ） | 　　　　　　　　円 |
| 乳房補整具（左側） | 購入年月日 | 購入経費 | 購入経費×0.9　※1円未満切捨 |
| 年　　月　　日 | 円 | （ウ） | 　　　　　　　　円 |
| 助成金額の算定 | 医療用ウィッグ | 助成金限度額（30,000 円）と（ア）のいずれか低い額 | （Ａ） | 円 |
| 乳房補整具（右側） | 助成金限度額（20,000 円）と（イ）のいずれか低い額 | （Ｂ） | 円 |
| 乳房補整具（左側） | 助成金限度額（20,000 円）と（ウ）のいずれか低い額 | （Ｃ） | 円 |
| 助成金申請額（請求額） | （Ａ）+（Ｂ）+（Ｃ）の合計 | 円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫 　　　　　　　　本店・支店農協・信用組合 　　　　　　　　出張所 |
| 預金種別 | １.普通　２.当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな |  |
| 口座名義 |  |

※　通帳の写しを添付してください。