

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○で囲む	診療明細書 ・ 治療方針計画書 その他( )				
購入した補整具	医療用 ウィッグ	購入年月日 年 月 日	購入経費 円	購入経費×0.9 ※1円未満切捨 (ア) 円	
	乳房補整具 (右側)	購入年月日 年 月 日	購入経費 円	購入経費×0.9 ※1円未満切捨 (イ) 円	
	乳房補整具 (左側)	購入年月日 年 月 日	購入経費 円	購入経費×0.9 ※1円未満切捨 (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 農協・信用組合		本店・支店 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。