

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 神林 秀治 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。