

様式第1号（第4条関係）

坂祝町がん患者医療用補正具購入費補助申請書兼補助金交付請求書

年 月 日

坂祝町長 様

住所 _____

申請者 氏名 _____ (続柄 _____) ㊟

次のとおり関係書類を添えて申請します。

※太枠内を記載ください。

対象者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日 (歳)
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____ - _____		
がんの 治療状況	医療機関名 及び診療科			
	主治医名			
	治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 その他 (_____)		
がんの治療を受けている ことを証する書類	診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ がん医療連携クリティカルパス ・ その他 (_____)			
当該補正具の費用について他自治体の補助金受給の有無	無 ・ 有			
補助対象経費	補正具の種類	全頭用ウィッグ	乳房補正具	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び 本人との続柄	(続柄 _____)		(続柄 _____)
	購入費用	ア _____ 円 (税込)	イ _____ 円 (税込)	
	補助対象額	ウ (ア又は20,000円のいずれか少ない方の額) _____ 円	エ (イ又は20,000円のいずれか少ない方の額) _____ 円	
補助金交付申請金額 (※ウとエの合計額を記入してください。)			_____ 円	
振込先 指定口座 (申請者の名義)	ふりがな			
	口座名義			
	金融機関名	_____	店舗名	_____
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	_____
補助決定金額 ※この欄は、町で使用します。			_____ 円	

(添付書類)

- 当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書 (宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの)
- 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類