

東北町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東北町長 殿

申請者 住 所

氏 名 印

(対象者が未成年の場合 続柄 :)

電話番号

東北町がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請(請求)します。

助成対象者	フリガナ		生年月日	昭和				
	氏 名			平成 年 月 日				
	住 所	令和 (歳)						
		※申請者と異なる場合のみ記入 〒						
☐ 他の自治体、治療を受けた医療機関及び医療用補整具等の購入先に助成対象者の照会をすることについて同意します。								
☐ 助成金の交付の決定のために町が保有する助成対象者の住民票に関する情報を利用することについて、同意します。								
同一補整具に対する他の公的助成金受給の有無				有 ・ 無				
助成対象経費	補 整 具 の 種 類	頭部の補整具(ウィッグ)		胸部の補整具(左)		胸部の補整具(右)		
	購 入 年 月 日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		
	購 入 費 用	円(税込)		円(税込)		円(税込)		
	購 入 費 用 の 1 / 2 の 額 (A)	(百円未満切捨て) 00 円		(百円未満切捨て) 00 円		(百円未満切捨て) 00 円		
	上 限 額 (B)	30,000 円		30,000 円		30,000 円		
	助 成 対 象 額 (A)または(B)の いずれか低い額	00 円		00 円		00 円		
助成金交付申請額(合計)						00 円		
振込先	金 融 機 関	銀行・信用金庫・農協					本店 ・ 支店	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座		口座番号				
	フリガナ							
	口座名義人							
添 付 書 類		☐ がんの治療を受けていることを証明する書類の写し(診断書、診療明細書等) ☐ 助成対象補整具を購入した日及び支払った金額の明細が分かる書類(領収書等) ☐ 振込を希望する金融機関の預貯金口座が確認できる書類の写し ☐ 対象者本人であることを確認できる書類(マイナンバーカード、運転免許証等) ☐ 助成対象者の法定代理人が申請する場合は、当該法定代理人本人であることを確認できる書類 (マイナンバーカード、運転免許証等)及び助成対象者との関係を証明する書類						