

八郎瀉町がん患者補正具購入費補助金交付申請書

令和 年 月 日

八郎瀉町長 様

※1（申請者） 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

電話番号 _____

(対象者が未成年の場合 続柄 _____)

八郎瀉町がん患者補正具購入費補助金交付要項第5条第1項の規定に基づき補助を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

交付申請額 _____ 円

対象者	氏名	性別		生年月日	
		男	女	昭和・平成	年 月 日
	住所	〒 _____		電話番号 _____	
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ（全頭用かつら）		乳房補正具（右・左）	
	購入年月日	年 月 日		年 月 日	
	購入金額(A)	_____ 円（税込）		① 補正パッドまたは人工乳房の金額 _____ 円（税込） ② 補正機能を有する下着の金額 _____ 円（税込） ①と②の合計額 _____ 円	
	県補助対象額(B)	_____ 円 (上限 15,000 円)		_____ 円 (上限 10,000 円)	
	町助成対象額(A-B)	_____ 円		_____ 円	
	町助成額(C)	_____ 円 (上限 20,000 円)		_____ 円 (上限 15,000 円)	
	交付申請(請求)額(B)+(C)	_____ 円		_____ 円	
確認事項と添付書類該当に☑つけてください。	<input type="checkbox"/> がんの化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書等 <input type="checkbox"/> 補正具の領収書(購入日、品目、金額のわかるもの) <input type="checkbox"/> 住民票(発行からおおむね3カ月以内で、個人番号(マイナンバー)の記載のないもの) <input type="checkbox"/> 過去に当該申請にかかわる公的助成は受給していません				
※2 振込先	金融機関名	銀行・金庫 信金・農協		本店・支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義	(カタカナ)			

注) 太枠の中を記入してください。申請可能な補正具は今年度中及び昨年度中に購入したものです。

※1 申請者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※2 振込先は、申請者の口座になります。

※3 ゆうちょ銀行の場合、同行の通帳に記載された記号・番号〈5桁・8桁〉ではなく、振り込み用の店名(例：八六八支店など)・口座番号〈7桁〉を記入してください。