

年 月 日

国富町長 殿

申請者氏名 _____（記名押印）
 （補助対象者が未成年の場合、法定代理人が記名押印）

がん患者医療用補正具購入費補助金交付申請書兼請求書

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の補助を申請及び請求します。
 なお、補助金の交付が決定した場合には、下記口座へ振込いただきますようお願いいたします。
 また、補助の適性、補助金額等を判断するため、以下の確認及び調査を行うことに同意します。
 ・申請者及び補助対象者の住民基本台帳等の公簿を閲覧すること
 ・補助対象者の属する世帯全員の町税に関する納税状況を確認すること
 ・医療機関に治療内容を照会すること、医療用補正具の購入先に購入内容を照会すること

補助対象者	ふりがな	生 年 月 日					
	氏 名	年 月 日 (歳)					
	住 所	〒 _____ 電話 ()					
	がんの種別	<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> その他 ()					
申請者※	ふりがな	補助対象者との関係	父 ・ 母 ・ その他 ()				
	氏 名						
	住 所	〒 _____ 電話 ()					
補助対象経費（いづれか一つ）	補整具の種類	医療用ウィッグ（全頭用）			乳房補正具（右・左）		
	購 入 日	年 月 日			年 月 日		
	購入費用	円（税込）			円（税込）		
	補助限度額	20,000円			10,000円		
	補助申請額	円			円		
過去の受給状況	国富町又は他の地方公共団体等から医療用補正具の購入費補助等の受給の有無 (有 ・ 無)						
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			本店 営業部 支店 出張所		
	預金種別	1 普通 2 当座 3 ()			口 座 番 号		
	(ふりがな) 口座名義人						
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 領収書（購入日、品目、金額入り。医療用ウィッグは「全頭用ウィッグ」、乳房補正具は「補整下着・パッド」又は「人工乳房」の記載のあるもの。） <input type="checkbox"/> 化学療法等に関する説明書や診断書、治療方針計画書など <input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 振込口座が分かる書類						
申請受付年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決 定 年 月 日	年 月 日			
納税状況	滞 納 (有 ・ 無)		確認：	補助金交付実績（国富町）	(有 : 決定日 年 月 日 ・ 無)		

注) 二重線以外の枠に記入してください。
 ※ 補助対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。