

長泉町がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

長泉町長 様

申請者・請求者

住所	〒
氏名	Ⓜ
生年月日	年 月 日
電話	
補助対象者との関係	

（補助対象者が未成年の場合、申請者（法定代理人）の氏名を記載）

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。  
 なお、次のことについて同意し、また、相違ないことを証明します。  
 町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること  
 町から県に対し、市町の補助実績に係る情報を提供すること  
 過去に、他の地方公共団体から補助を受けていないこと

申請額（請求額）	円（※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。）			
補助対象者	<input type="checkbox"/> 申請・請求者本人			
	<input type="checkbox"/> 未成年者	ふりがな	生年月日	
		氏名	年 月 日	
住所 ※申請者と別の場合記入		電話 ( )		
補助対象経費	医療用補整具の種類	医療用ウィッグ（全頭用かつら）	乳房補整具（補整下着又は人工乳房のいずれか）	
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	ア 円(税込)	エ 円(税込)	キ 円(税込)
	助成限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク 100,000円
	助成対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】 円	カ【エ又はオのうちいずれか低い額】	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】
振込先	金融機関名	銀行・金庫 本店・支店 信用組合・農協 出張所		
	預金種別	普通	口座名義人 (カタカナで記載、申請者と同一)	
	口座番号	左詰記入		
添付書類	<input type="checkbox"/> 薬物療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など <input type="checkbox"/> 領収書（申請者の氏名、購入日（同日であれば領収日も可）、品名、金額入り。医療用ウィッグは「全頭用かつら」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。） <input type="checkbox"/> 申請者名義の通帳又はキャッシュカードの写し			
申請受理年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	
受給者番号				

注) 二重線以外の枠に記入してください。