

吉田町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

吉田町長 様

がん患者医療用補整具購入費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

申請者	氏名	Ⓜ			助成対象者との関係			
	生年月日	年	月	日（歳）	電話番号			
	住所	吉田町						
対象者※	氏名		生年月日	年	月	日（歳）		
	住所	吉田町			電話番号			
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ			乳房補整具（補整下着又は人工乳房のいずれか）			
			補整下着 <small>（下着と共に使用するパッドを含む。）</small>	人工乳房				
	購入日	年	月	日	年	月	日	
	購入費用	ア	円（税込み）		（補整下着の金額） エ	（人工乳房の金額） キ	円（税込み）	
	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】			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】	
助成申請額		円（※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。）						
他の地方公共団体の助成の有無		有（医療用ウィッグ ・ 乳房補整具） ・ 無						
添付書類 <small>（添付した書類に☑を付けてください。）</small>		<input type="checkbox"/> 薬物療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等 <input type="checkbox"/> 領収書（氏名、購入年月日、品名及び金額の記載があるもの）						
振込先	金融機関名	銀行・金庫			本店・支店			
		信用金庫・農協			出張所			
	預金種別	普通	当座	口座番号				
口座名義人 <small>（カタカナで記載、申請者と同じ）</small>								

※ 助成対象者欄は、申請者と同じであれば記入は不要です。

（役場記入欄）

受給者番号	市町村コード				年度	番号			
	2	2	4	2	4				