

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			
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 (下着と共に使用するパッドを含む。)	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 円(税込み)	(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】 円	カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 円	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 円		
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 (添付した書類に☑を付けてください。)	<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 信用金庫・農協			本店・支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義人 (カタカナで記載、申請者と同一)				

※ 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					