

矢巾町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

記入例

令和6年 4月 1日

矢巾町長 様

申請者 住所 矢巾町大字南矢幅 14-78
 氏名 矢巾 花子 (続柄 本人)
 電話番号 019-611-2835

矢巾町がん患者医療用補正具購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。また、矢巾町が助成金交付の適正審査のために必要な範囲において、住民記録や診療明細を閲覧、治療を受けた医療機関及び購入先等に照会することについて同意します。

(ふりがな) 対象者氏名	やはば はなこ 矢巾 花子		生年月日	昭和47年4月7日
住 所	〒028-3615 矢巾町大字南矢幅 14-78		※助成金上限額は、20,000円	
助成対象補正具 (助成金上限額)	購入年月日	購入金額 (税込)	購入金額の 1/2の額を記入 ↓	助成金上限額又は 購入金額の 1/2のいずれか 低い額を記入↓
医療用ウィッグ (20,000円)	令和6年4月1日	50,000円	25,000円	20,000円
乳房補正具(右側) (20,000円)	令和6年4月1日	10,000円	5,000円	5,000円
乳房補正具(左側) (20,000円)	令和6年4月1日	10,000円	5,000円	5,000円
助成金交付申請金額				30,000円

対象となる医療用補正具について記入。
 乳房補正具は、R6.4.1以降に購入した物が対象

助成合計金額を記入

がん治療を受けていることを証明する書類
 (化学療法、放射線療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書、診療明細書
 等)の写し

- (2) 購入した品目、年月日及び金額を証明する書類(領収書等)の写し
- (3) 本人を確認する書類(運転免許証、医療保険証等)の写し