

様式第1号(第5条関係)

矢巾町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

矢巾町長 様

申請者 住所 矢巾町
氏名 (続柄)
電話番号

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		生年月日	年 月 日
住 所	〒 矢巾町		
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
医療用ウィッグ (20,000 円)	年 月 日	円	円
乳房補正具(右側) (20,000 円)	年 月 日	円	円
乳房補正具(左側) (20,000 円)	年 月 日	円	円
助成金交付申請金額			円

添付書類

- (1) がん治療受診証明書(様式第2号)又は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