

年 月 日

御嵩町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

御嵩町長 宛て

申請者 住所 御嵩町  
氏名  
連絡先

㊞

御嵩町がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第4条の規定により、助成金の交付を申請します。なお、助成を受けるにあたり必要があるときには、町が住民基本台帳および税情報等の公簿等の確認や医療機関に確認を行うことに同意します。

対象者	(ふりがな) 氏名			生 年 月 日		
				年 月 日 ( 歳 )		
	住所	〒 御嵩町				
がんの治療状況	医療機関名 及び診療科					
	主治医名					
	治療方法	1.手術 ・ 2.薬物治療 ・ 3.放射線治療 4.その他 ( )				
補正具の種類	ウィッグ ・ 乳房		申請金額	金 円 (裏面別表参照)		
振込先 指定口座	(ふりがな) 口座名義					
	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合		店舗名	支店・本店 出張所	
	口座種別	1.普通預金(総合口座)・2.当座預金・3.その他				
	口座番号					
	記号・番号	通帳記号		通帳番号(右詰めでお書きください)		
ゆうちょ指定の場合	1			0	*	

(添付書類)

- 当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の写し(宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグ又は乳房補正具(カバーを含む)及びそれらを固定する下着であること。)
- 診療報酬明細書等がんの治療を受けていることが分かる書類の写し
- その他町長が必要と認める書類

(裏)

◎別表

	助 成 対 象 経 費	助 成 金 の 額
1	がん患者用の医療用ウィッグ（全頭用）及び装着に必要な頭皮保護用のネットの購入費用	当該購入費用又は2万円のいずれか少ない額とする。（当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とする。）
2	がん治療における外見の変化を補うための乳房補正具（カバー含む）及びそれらを固定する下着の購入費用	当該購入費用又は2万円のいずれか少ない額とする。（当該額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てた額とする。）