

様式第1号（第4条関係）

太子町がん患者医療用補整具購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

太子町長 様

太子町がん患者医療用補整具購入費用助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。助成金の交付を決定した場合は、下記の振込先口座に助成金を振り込んでください。

申請者	ふりがな			対象者との関係			
	氏名	Ⓜ		生年月日	年	月	日
	住所			電話番号			
対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同じ場合、対象者欄は記入不要。） <input type="checkbox"/> 申請者と異なる（私は上記申請者を代理人と定め、本助成金の手続き及び受領に関する一切の権限を委任します。）						
	ふりがな			生年月日			
	氏名			電話番号			
	住所						
実績	過去に太子町からがん治療に伴う医療用補整具購入費用助成を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい（医療用ウィッグ・乳房補整具） <input type="checkbox"/> いいえ						
購入した補整具	区分	医療用ウィッグ			乳房補整具		
	購入日	年 月 日			年 月 日		
	購入金額	ア	円	エ	円		
	補助限度額	イ	円	オ	円		
	補助対象額	ウ	円	カ	円		
		(ア又はイのいずれか低い額)			(エ又はオのいずれか低い額)		
補助申請（請求）額		ウ+カ			円		
添付書類の確認 添付した書類に☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> がん治療を現に受けている又は過去に受けた後経過観察中で通院していることを証明する書類（治療に関する説明書、治療方針計画書、診断書等） <input type="checkbox"/> 医療用補整具の購入にかかる領収書（対象者氏名、購入日、購入金額、購入品目、発行元の記載があるもの。） <input type="checkbox"/> 助成金の振込先金融機関の口座番号等が確認できるもの（通帳又はカードの写し）							
振込先口座	金融機関名	銀行 農協 ()		支店 出張所名	本店 支店 出張所		
	預金種別	普通 当座	ふりがな				
			口座名義人				
口座番号							左詰記入