

垂井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

年 月 日

垂井町長 様

垂井町がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。※太枠内を記載ください。

申請者 (助成対象者が未成年の場合は親権者の氏名を記入)	フリガナ			助成対象者との続柄	生 年 月 日
	氏 名				年 月 日 (歳)
	住 所	〒		電話番号	- -
助成対象者 (申請者と異なる場合は記入)	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日 (歳)
	住 所	〒		電話番号	- -
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	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 その他 ()			
がんの治療を受けていることを証する書類	診療明細書・治療方針計画書・がん医療連携クリティカルパス その他 ()				
他に同様の助成を受けていないか	無 ・ 有				
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ (全頭用)		乳房補正具	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日	
	購入費用	ア 円 (税込)		ウ 円 (税込)	
	助成対象額	イ (ア又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円		エ (ウ又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円	
助成金交付申請金額 (※イとエの合計額を記入してください)				円	
振込先 (申請者の名義)	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人	
	口座番号				
助成決定金額 ※この欄は町で使用します					

(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
- 診療明細書などががんの治療を受けていることが分かる書類