

養老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

(あて先) 養老町長

(申請者)住所

氏名

印

対象者との関係

電話

養老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、次のとおり関係書類を添えて、がん患者医療用補正具購入費の助成を申請します。また、がん患者医療用補正具購入費の助成が決定された場合、下記助成決定額を請求します。なお、助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、他の自治体に対する申請(助成)に係る情報の照会及び提供、治療を受けた医療機関、補正具の購入先等へ照会することを承諾します。

記

対象者	フリガナ		性別	生 年 月 日				
	氏 名		男・女	年 月 日				
	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()							
ウィッグが必要な理由	就労のため ・ 社会参加のため ・ その他()							
都道府県及び他市町村の助成金受給の有無	無 ・ 有 (自治体名 時期 年 月 助成額 円)							
助成対象経費	補正具の種類	全頭用ウィッグ			乳房補正具			
	購入年月日(領収書の日付)	年 月 日			年 月 日			
	領収書の名前及び本人との続柄	(続柄)			(続柄)			
	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(請求)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 本店 金庫 支店 農協 出張所						
	預金種別	普通	(ふりがな)					
		当座	口座名義人					
口座番号							(左詰記入)	
申請受理年月日	年 月 日			承認・不承認 決定年月日	年 月 日			

注) 太枠の中を記入し、裏面の添付書類を提出してください。

助成金交付の審査のため、住民基本台帳の記録に関する事項、町税納付状況に関する事項について、養老町が照会及び確認することに同意します。	
氏名	印

(添付書類)

1. 当該申請に係る補正具購入費用の額が確認できる領収書（宛名、購入日、購入金額、金額内訳、領収書発行者の記載があるもの。）
2. 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類
3. 住民票の写し（申請日から3か月以内で、医療用補正具購入日に養老町内に住所を有していることが確認できるもの。マイナンバーの記載不要）
4. 納税証明書（町税の未納がない証明）

※なお、3、4については、表面の同意書に記名押印され、本町で確認できる場合は、省略できます。