

様式第 1 号（第 6 条関係）

大鰐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

大鰐町長 殿

申請者 住所
氏名
電話番号

大鰐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、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

対象者	フリガナ				生年月日
	氏 名				年 月 日
	住 所	□申請者と同じ			
がんの治療状況	医療機関名			治療方法	手術 ・ 放射線 ・ 化学 ・ その他（ ）
補正具の種類	購入年月日		購入費（税込）		3 万円又は購入費の 1 / 2 のいずれか低い額（百円未満切り捨て）
医療用ウィッグ	年 月 日		円		円
乳房補正具（右 ・ 左）	年 月 日		円		円
助成金交付申請額					円
振込先 ※申請者の口座を記入	銀行 信用金庫 農協 労働金庫				本店 支店
	種別	口座番号			口座名義人（カタカナ）
	普通・当座				

誓約書兼同意書

- 1 この申請に係る医療用補正具購入費について、過去に大鰐町又は他の地方公共団体から同種の助成金等の交付を受けておらず、又受ける予定はありません。
- 2 申請内容の審査のため、町が住所等の確認のため住民記録の閲覧をし、又は他の地方公共団体や関係する医療機関等に対し、申請内容の事実確認ため照会することについて同意します。

自署_____

(注意事項)

- ・対象者が、未成年者の場合であって、その保護者が申請するときは、申請者の欄は保護者について記入してください。
- ・振込先は、助成対象者（未成年の場合はその保護者）の名義に限ります。

(添付書類)

- ☐ がん治療受診証明書（様式第2号）又はがんの治療を受けていることを証明する書類（診断書、診療明細書、治療方針計画書の写し等）
- ☐ 補正具を購入したことを証明する書類（品名、金額、購入者氏名、購入年月日の記載のある領収書等）
- ☐ 本人であることを確認できる書類（マイナンバーカード、運転免許証等）
- ☐ 振込を希望する金融機関の預貯金口座が確認できる書類（通帳、キャッシュカードの写し等）