

様式第 1 号（第 6 条関係）

深浦町がん患者医療用補整具購入費助成事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

深浦町長 様

申請者 住所

氏名

（対象者が未成年の場合 続柄 ）

電話番号

深浦町がん患者医療用補整具購入費助成事業助成金の交付を受けたいので、深浦町がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、助成金の交付の決定があったときは、次の振込先に助成金を交付するよう請求します。

また、私は、深浦町が住所等の確認のため、私の住民記録の閲覧をし、又は補助要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名			(歳)		
	住所	〒			電話番号	
購入した補整具 ※該当するものを ○で囲む	種類	購入年月日	補整具購入金額（税込）			
	1 医療用ウィッグ 2 乳房補整具	年 月 日	ア 円			
他からの助成の有無 ※○で囲む	有 ・ 無					
申請金額の算定	補整具購入金額（税込）	アの 2 分の 1 の額 ※千円未満切捨て		助成上限額 3 万円又はイの いずれか低い方の額		
	ア 円	イ 円	ウ 円			
助成金交付申請額		円				
振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店 本所・支所		
	種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義					

（注意事項）

- ・補整具の種類ごとに、申請書兼請求書を 1 枚提出すること。
- ・「振込先」は、「対象者」又は「対象者の保護者（対象者が未成年の場合）」の名義に限ります。

（添付書類）

- 1 がん治療受診証明書（様式第 2 号）又はがん治療の内容を証明する書類（化学療法、放射線療法又は手術に関する証明書、診断書、治療方針計画書、診療明細書等）の写し
- 2 補整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、領収書発行者名称の記載のある領収書等）の写し
- 3 振込口座が確認できる書類（通帳等）の写し