様式第１号（第５条関係）

軽米町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

軽米町長　様

申請者（請求者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

軽米町がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。なお、町が助成金の交付を決定したときは、当該決定した額の助成金を下記の振込先に振り込むよう請求します。また、申請内容の確認のため、町が保有する申請者及び対象者の個人情報を閲覧すること並びに対象者の病名及び治療方法について医療機関に照会することに同意します。

対象者	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	昭･平･令　　年　　月　　日（　　歳）
	住所	※申請者と同じ場合は、記入不要です。		

がんの治療状況	医療機関名・診療科	
	主治医名	
	治療方法	手術・放射線・化学・その他（　　）

他の公的助成金受給の有無	有　・　無

購入した補正具			医療用ウィッグ	乳房補正具（右側）	乳房補正具（左側）
	購入年月日		年　月　日	年　月　日	年　月　日
	購入金額（税込み）	①	円	円	円
	助成限度額	②	30,000 円	20,000 円	20,000 円
	①と②を比べて低い額（1,000 円未満切捨）	(A)	円	円	円

助成金申請金額　(A)の合計	＿＿＿＿＿＿＿＿円

振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号	（ふりがな）口座名義
			普通 当座		

※代理申請欄（代理による申請及び請求（並びに受領）を行う場合のみ記入してください。）

代理人	氏名		生年月日
	住所		昭・平　　年　　月　　日

私（対象者）は、がん患者医療用補整具購入費助成金の（申請・請求・受領）に関する権限を上記代理人に委任します。

委任者　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※注意事項　対象者が未成年の場合、申請者（請求者）はその保護者とし、振込先は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）又はがん治療を受けていることを証明する書類

・補整具の購入年月日及び購入金額を証明する書類（領収書等）

・本人を確認する書類（代理申請の場合は助成対象者及び申請者の本人確認書類が必要です。）

・振込口座の通帳