

様式第1号（第6条関係）

七ヶ浜町医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

七ヶ浜町長 殿

住所
氏名
電話番号

七ヶ浜町医療用補正具購入費助成事業実施要綱第6条1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

助成対象者	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						
	主治医名		治療方法	手術・化学・放射線 その他（ ）			
がん治療を受けていることを証明する書類	お薬手帳 ・ 診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ わたしのカルテ ・ がん治療パス その他（ ）						
補正具等の区分	1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具（右側 ・ 左側）						
補正具が必要な理由	就労のため ・ 社会参加のため ・ その他（ ）						
他の公的助成金受給の有無	有 ・ 無						
購入した補正具	購入年月日			購入経費(補正具税込価格)			
	年 月 日			円 <small>※付属品等は含まない。</small>			
申請金額の算定						助成金申請金額	
補正具の購入経費	アの1/2の額 ※1,000円未満切捨て	20,000円又は イのいずれか低い額					
ア 円	イ 円	ウ 円		円			
振込先	本店		銀行 信金 信組 農協 労金	口座番号 (左詰め)			
	預金種別		普通 ・ 当座	金融機関 コード			
	口座名義人		(フリガナ)				

※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する書類の写し
- ・ 補正具等の購入に係る領収書の写し又は支払いの事実が確認できる書類
- ・ 所得のわかる書類又は所得照会同意書
- ・ 振込先通帳の写し