

岩手町がん患者医療用補正具購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

岩手町長 殿

岩手町がん患者医療用補正具購入費補助金交付要綱第5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、申請内容の確認のため、町職員が申請者及び対象者の個人情報を見ることが並びに対象者の病名及び治療方法等について医療機関等に照会することに同意します。

申請者	ふりがな				補助対象者との関係	
	氏名				⑨	
	生年月日					
	住所	電話番号				
補助対象者 (申請者と同様の場合は同上と記載)	ふりがな					
	氏名					
	生年月日					
	住所	電話番号				
補助対象経費	補正具の種類	購入年月日	購入費(税込)	補助金上限額又は購入費のいずれか低い額		
	医療用ウィッグ (20,000円)	年 月 日	円	円		
	乳房補正具(右) (20,000円)	年 月 日	円	円		
	乳房補正具(左) (20,000円)	年 月 日	円	円		
	補助限度額				円	
振込先	金融機関	種別	口座番号			口座名義
	銀行 金庫 農協	本店 支店	普通 当座			
添付書類 (添付書類を確認し☑をつけてください)		<input type="checkbox"/> がん治療を受けている又は受けたことを証明する書類（化学療法、放射線療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書、診療明細書など） <input type="checkbox"/> 医療用補正具を購入したことを証明する書類（品目、金額、購入日等の記載があるもの） <input type="checkbox"/> 申請者と補助対象者の本人確認書類（運転免許証、個人番号カード等の書類の写し） <input type="checkbox"/> 振込先確認書類（通帳等の振込先が確認できる書類の写し）				