

五戸町がん患者補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 五戸町長

申請者 住所

氏名 \_\_\_\_\_

(対象者が未成年または代理受領の場合 続柄: \_\_\_\_\_ )

電話番号 \_\_\_\_\_

五戸町がん患者補正具購入費助成金の交付を受けたいので、五戸町がん患者補正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、申請します。

なお、助成金の交付が決定した場合は、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、五戸町が住所等の確認のため、私の住所記録の閲覧をし、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			
	氏名			S・H・R	年	月	日( 歳)
	住所	〒 _____					
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ等		乳房補正具 (左・右)			
	他からの助成の有無	有 ・ 無		有 ・ 無			
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日			
	購入費用	①	円(税込)	②	円(税込)		
	助成対象額	③	(①の1/2又は30,000円のいずれか少ない額) ※100円未満切り捨て	円	④	(②の1/2又は30,000円のいずれか少ない額) ※100円未満切り捨て	
助成金交付申請金額・請求金額(③と④の合計額)				円			
(申請者の名義) 振込先	金融機関名	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				
	フルガナ						
	口座名義人						

(注意事項)

- ・「振込先」は、原則、「対象者」又は「対象者の保護者(対象者が未成年の場合)」となります。ただし、代理申請の場合は、委任状の提出により、受任者となります。

(添付書類)

1. がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類(診療明細書・治療方針計画書・診断書・お薬手帳等)の写し  
(ウィッグ等の場合、脱毛の副作用がある化学療法や放射線療法など受けていることが分かる書類、乳房補正具の場合、乳房切除等の手術をしたことが分かる書類)
2. 補正具の購入に係る領収書(原本)(購入日・購入者氏名・金額の内訳・領収書発行者名称の記載があるもの)
3. 申請者及び対象者それぞれの本人確認書類、又はその写し
4. 振込を希望する銀行口座が確認できる書類の写し