様式第１号（第４条関係）

大野町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

大野町長　様

申請者　住　所　大野町大字
氏　名

電話番号

大野町がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第４条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。
なお、対象者であることの確認のため、大野町が住民基本台帳を確認することに同意します。

対象者	フリガナ		生　年　月　日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒　　大野町大字 電話番号	
がんの治療状況	医療機関名及び診療科		
	主治医名		
	治療方法	手術・薬物治療・放射線治療・その他（　　）	
補正具が必要な理由	就労のため　・社会参加のため・その他（　　）		
がん治療を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　・ がん医療連携クリティカルパス　・　その他（　　）		
助成対象経費	補正具の種類	全頭用ウイッグ	乳房補正具
	購入年月日（領収書の日付）	年　　月　　日	年　　月　　日
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄　　）	（続柄　　）
	購入費用	ア　　（税込）	ウ　　（税込）
	助成対象額（1,000 円未満切り捨て）	イ（ア又は 20,000 円のいずれか少ない方の額）　円	エ（ウ又は 20,000 円のいずれか少ない方の額）　円
助成金交付申請金額（イとエの合計額を記入してください。）			円

（添付書類）１．当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書
２．診療明細書などがんの治療を受けている又は受けたことが分かる書類

医療用補正具購入費助成金が決定された場合、次の口座に振り込みを依頼します。

ゆうちょ銀行以外の場合	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合	本支店 出張所					
	預金種別	普通　・　当座						
	口座番号							
	（フリガナ） 口座名義							
ゆうちょ銀行の場合	金融機関名	ゆうちょ銀行						
	記号－番号	－						
	（フリガナ） 口座名義							

申請受理年月日	年　　月　　日	（承認・不承認） 決定年月日	年　　月　　日

注）　太枠の中をご記入ください。振込口座はいずれかに記入してください。