

様式第 1 号(第5条関係)

津南町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

津南町長 様

津南町がん患者医療用補整具購入の助成について、関係書類を添えて申請します。

申請者	氏 名	⑩		助成対象との続柄	
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所	〒 - 電話番号 ()			
助成対象者	☐ 申請者と同じ (同じ場合は記入不要)				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住 所	〒 - 電話番号 ()			
過去における本事業による助成の有無		☐ 無 ☐ 有 ウィッグ・胸部補整具(右・左)・人工乳房(右・左)			
補整具区分		購入日	購入金額	助成上限	助成額
ウィッグ		年 月 日	円	25,000 円	円
胸部補整具(右・左)		年 月 日	円	25,000 円	円
人工乳房(右・左)		年 月 日	円	50,000 円	円
助成額 合計				円	
振込先口座	金融機関名	銀行 ・ 農協 信金 ・ 労金		本店・本所 支店・支所	
	口座番号	普 通 ・ 当 座	フリガナ		
		No.	口座名義人		
同意欄	助成の申請にあたり、私及び助成対象者の住民登録資料、補整具の購入状況その他必要な事項について、関係機関等に調査・照会及び閲覧することを承諾します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 ⑩				

添付資料

- ☐ がん治療の内容が確認できる書類の写し(診断書、治療方針計画書等)
- ☐ 商品カタログ等購入した補整具が確認できるもの
- ☐ 購入補整具の領収書の写し
- ☐ 振込口座の金融機関、支店名、口座種別、カナ口座名義、口座番号のわかるものの写し
- ☐ その他町長が必要と認める書類