

播磨町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

播磨町長 様

申請者氏名 _____

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の助成を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 町の住民登録状況、町税の納付状況及び所得を調査すること
- 町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 町から県に対し、町の助成実績に係る情報を提供すること
- 町から他の地方公共団体に対し、助成実績を照会すること

対象者	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 _____ 日中つながる連絡先 ()			
過去の助成実績	過去に本町及び他市町村等からがん治療に伴う医療用ウィッグ（毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネット含む）購入経費の助成を受けたことがありますか。	はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名:)			
	過去に本町及び他市町村等からがん治療に伴う乳房補整具（補整下着（下着とともに使用するパッド含む）又は人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。））購入経費の助成を受けたことがありますか。	はい ・ いいえ (はいの場合 自治体名:)			
助成対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ（毛付き帽子、医療用帽子、装着時に皮膚を保護するネット含む）	乳房補整具（補整下着又は人工乳房のいずれか）		
			補整下着 <small>（下着とともに使用するパッド含む）</small>	人工乳房	
	購入日	年 月 日	年 月 日		
	購入費用	ア _____ 円(税込)	エ (補整下着の金額) _____円(税込)	キ (人工乳房の金額) _____円(税込)	
	助成限度額	イ 50,000円	オ 10,000円	ク 50,000円	
助成対象額	ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】 _____円	カ【エ又はオのうちいずれか低い額】 _____円	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 _____円		
助成申請額		円 (※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。)			
(請求者) ※	フリガナ			対象者との関係	
	氏 名	⑩			
	住 所	〒 _____ 日中つながる連絡先 ()			
下記のとおり口座振替により支払いを依頼します。 なお、請求者と口座名義人が異なる場合は口座名義人に受領委任します。					
振込先	金融機関名	銀行 信用組合 農 協 ()	本店 支 店 出張所 ()	※フリガナは必ずご記入ください。	
	口座番号			フリガナ	口座名義人
			左詰 記入	預金種別	普通・当座
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)		<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書など（写し可。） <input type="checkbox"/> 領収書 [購入日、品目、金額、数量入り。 医療用ウィッグは「医療用」、乳房補整具は「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。] <input type="checkbox"/> 振込みを希望する金融機関の通帳（カナ名義及び口座番号を確認できるもの。写し可。） <input type="checkbox"/> 町税・所得確認承諾書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 所得を証明できる書類又はその写し（町で所得が確認できない場合に限る。）			

注) 太枠の中を記入してください。

※対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法廷代理人の氏名等を記入してください。

町記入欄	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	審査結果	承認 ・ 不承認
	助成決定額	円	整理番号	
	備考			