

申請者 : 住 所 揖斐川町  
 氏 名  
 電話番号

揖斐川町がん患者医療用補正具購入費助成事業申請書兼請求書

揖斐川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、私は、揖斐川町長ががん患者医療用補正具購入費助成事業に係る事務を行うにあたり、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供および調査に同意します。

対象者	フリガナ			性別	生 年 月 日	
	氏 名			男・女	年 月 日	
	住 所	〒		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（ ）					
がんの治療を受けている 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	全頭用ウィッグ		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 円(税込)		ウ 円(税込)		
	助成対象額	イ(アの1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円		エ(ウの1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円		
助成金交付申請額 (イとエの合計額を記入)					円	

- (添付書類) 1. 当該申請に係る医療補正具の購入の費用の額が確認できる領収書  
 (宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの)  
 2. 診療明細書などががんの治療を受けていることが分かる書類

医療用補正具購入費助成金が決定された場合、下記の口座に振り込みを依頼します。

振込先 指定口座 (申請者の名義)	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合					本店 支店 出張所
	預金種別						
	ふりがな						
	口座名義人						
	口座番号						
申請受理 年月日	年 月 日		(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日		受給者 番号	

※太枠の中をご記入ください。