

年 月 日

日高町長 様

申請者 (請求者) 住所

氏名

電話番号

日高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

日高町がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請・請求します。なお、申請するにあたり、町が保有する対象者の個人情報を見ることが並びに対象者の病名及び治療方法について医療機関等に照会することに同意します。

対象者	ふりがな			生 年 月 日			
	氏 名	□申請者と同じ		年 月 日			
	住 所	□申請者と同じ					
補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補整下着	人工乳房、人工乳頭				
購入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日				
購入費用	円(税込)	円(税込)	円(税込)				
助成金申請額	円	円	円				
助成金請求額 (申請額の合計額)		円					
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協			本店・支店・出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号				
	ふりがな						
	口座名義						

【添付書類】

- 1 がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類
- 2 対象補整具購入にかかる領収書
- 3 振込先金融機関の口座番号を証明する書類の写し