様式第１号（第４条関係）

岐南町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

岐南町長　宛

申請者　　住所　岐阜県羽島郡岐南町

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　 　　　　　　　（対象者との続柄　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 対象者 | | フリガナ | | |  | | | | | 生年月日 | | |
| 氏名 | | |  | | | | |  | 年　　月　　日（　　　歳） | |
| 住所 | | | 〒  岐南町  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（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| がんの治療を受けている  ことを証する書類 | | | | | 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（　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 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） | | | | | エ　　　　　　　　　　　　円（税込） | | | |
| 助成上限額 | | | イ　　　　　　２０，０００円 | | | | | オ　　　　　　２０，０００円 | | | |
| 助成対象額 | | | ウ（ア又はイのいずれか少ない方の額）  　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | カ（エ又はオのいずれか少ない方の額）  　　　　　　　　　　　　　　円 | | | |
| **助成金交付申請額**（※ウとカの合計額を記入してください。） | | | | | | | | | | **円** | | |
| 振込先  指定口座  （申請者の名義） | | | ふりがな | | | |  | | | | | |
| 口座名義 | | | |  | | | | | |
| 金融機関名 | | | |  | | | 店舗名 | |  |
| 口座種別 | | | |  | | | 口座番号 | |  |
|  | | | | | | 助成決定額  ※この欄は、岐南町で使用します。 | | | | 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の写し（宛名、購入日、購入金額、金額内訳、領収書発行者の記載があるもの）

２．診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類

３．申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し（表紙裏の見開きのコピー）