

様式第1 (第5条関係)

大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住 所
(請求者) 氏 名
補助対象者との続柄
電話番号

このことについて、下記のとおり補助金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。なお、補助金の交付が認められた場合には、下記の口座への振込を請求します。

記

1 申請 (請求) 内容

対 象 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住 所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況		医療機関名		
		疾患名		
		治療方法	手術 ・ 放射線 ・ 薬剤 ・ その他 ()	
がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等に伴う乳房変形又は顔面 (眼、耳等) や手指等の欠損を証明する書類		・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他 () ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。		
補 助 対 象 経 費	補整具の種類	医療用ウィッグ	乳房補整具	エピテーゼ
	補整具について過去の補助の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	購入年月日 (領収書添付)	年 月 日	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	① 円 (税込)	② 円 (税込)	③ 円 (税込)
	補助対象額	④ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額。1,000円未満の端数切捨て。) 円	⑤ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額。1,000円未満の端数切捨て。) 円	⑥ (③の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額。1,000円未満の端数切捨て。) 円
補助金交付申請額 (④+⑤+⑥)		円		

2 振込先

振 込 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	フリガナ		預金の種別	普通・当座
	口座名義人		口座番号	

<確認事項・同意事項>

- 私は、他市町村から同種同類の補助金等の交付を受けていません。
- 私は、町が保有する申請内容に関する個人情報を閲覧することに同意します。

様式第2（第6条関係）

大口町がん患者医療用補整具購入費補助金交付決定通知書

第 年 月 日 号

様

大口町長



年 月 日付けで申請のありましたがん患者医療用補整具購入費補助金については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

決定の内容

支給決定金額	交付決定・却下の別	却下理由
円		