様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

　住田町長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

住田町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

　住田町がん患者医療用補整具購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | 〒 |
| がんの治療状況 | 医療機関名 |  |
| 主治医名 |  | 治療方法 | 手術・化学・放射線その他（　　　　） |
| 補整具の種類 | １　医療用ウィッグ２　胸部補整具（右側・左側） |
| 購入金額 | 円 | 購入日 | 年　　月　　日 |
| 交付申請額 | 　　　　　　　　　 　　　　円（購入金額の全額又は助成限度額のいずれか低い額） |

添付書類

　(１)　がん治療受診証明書（様式第２号）又はがん治療を受けていることを証明する書類の写し

(２)　補整具の購入年月日、購入金額及び購入内訳を称する書類（領収書等）の写し

　(３)　本人を確認する書類（運転免許証、医療保険証等）の写し