様式第１号（第５関係）

西和賀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

西和賀町長　　　　　　　　　様

申請者（対象者又は対象者の保護者）

住所

　氏名　　　　　　　　　　　㊞　（続柄　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　（　　　　）

西和賀町がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱第５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。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　　　） | | |
| 補助対象医療用補整具 | | 購入年月日 | | | | 購入費（税込価格）  ※付属品、ケア用品等は含まない。 | | | | | | | 補助金上限額又は購入費の１/2のいずれか低い額  （1,000円未満切り捨て） | | |
| 医療用ウィッグ | | 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | | | | | 円 | | |
| 補助金交付申請額 | | | | | | | | | | | | | 円 | | |
| 振　込　先 | |  | | | | | 銀行　　農業協同組合  信用金庫　　労働金庫 | | | | | |  | | 本店  支店 |
| 種別 | 口座番号 | | | | | | | | | | 口座名義人（カタカナ） | | |
| 普通 ・ 当座 |  |  |  | | |  |  | |  |  |  | | |

（注）

１　振込先は「対象者」又は「対象者の保護者（対象者が未成年者の場合）」の名義に限ります。

２　**太枠部分は、記入しないでください。**

３　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た又は現に受けていることを証明する書類（化学療法、放射線療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書、診療明細書等）の写し

(２)　ウィッグを購入したことを証明する書類（品名や金額の記載のある領収書）の写し

(３)　本人を確認する書類（運転免許証、個人番号カード等）の写し

(４)　振込口座の通帳の写し（口座番号、口座名義が分かる箇所）