

様式第1号 (第4条関係)

神戸町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

神戸町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

神戸町がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、申請に際し、対象者（ただし対象者が18歳未満の場合は保護者）の町税等の納付状況について職員が確認することに同意します。※太枠内を記載ください。

対象者	ふりがな		性別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	年 月 日
	住 所	〒503-23 安八郡神戸町大字 電話番号 - -		
がんの治療状況		医療機関名・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 ( )		
助成対象経費等	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 (税込)	ア 円	エ 円	
	助成対象額	イ (上限2万円、1,000円未満切捨て) 円	オ (上限2万円、1,000円未満切捨て) 円	
振込先指定口座	金融機関	銀行 農協 金庫 組合		本店 支店 出張所
		普通	ふりがな	
	当座	口座名義人 (申請者の名義)		
	口座番号			(右詰記入)
ゆうちょ銀行 (記号-番号)				
※この欄は町で使用します		神戸町住民登録	有 ・ 無	助成決定金額 円

(添付書類)

- 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、全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの)
- 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
- 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