様式第１号（第６条関係）

おいらせ町がん患者医療用補整具助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

　おいらせ町長　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

申請者 住 所

 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（続柄　　　　　）

 電話番号

　おいらせ町がん患者医療用補整具助成金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　　名 |  | 年　　　月　　　日 |
| 住　　　所 | ※申請者と異なる場合のみ記入〒 |
| 同一補整具に対する他の公的助成金受給の有無 | 有　　・　　無 |
| 購入した補正具の区分 | 購入年月日 | 購入費用の２分の１の額（A） | 上限額（B） | 助成金額※（A）または（B）のいずれか低い額※100円未満切り捨て |
| ウイッグ | 年　　月　　日 | 円 | 30,000円 | 円 |
| 胸部補正具 | 年　　月　　日 | 円 | 30,000円 | 円 |
| 胸部補正具 | 年　　月　　日 | 円 | 30,000円 | 円 |
| 助成金交付申請額（合計）　 | 円 |
| 振　込　先 |  | 銀行　信用金庫　農協 | 本店　　・　　　　　　　　　　　　　　支店 |
| 種別 | 普通 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 申請にあたり、本申請の審査のために必要な下記の事項について同意します。・税情報及び住民基本台帳情報を調査・閲覧すること・助成要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会すること　　　　　　　　申請者氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

【添付書類】

(1)　補整具の購入に係る領収書（申請者（対象者が未成年の場合においては、対象者を含む。）の氏名、購入した年月日、品名、補整具の金額（購入金額の明細が分かるもの）、台数、領収書の発行元の名称及び住所の記載があるもの）の写し

(2)　がん治療を受けた又は受けていることを証明する書類（治療方針計画書、診療明細書等）の写し

(3)　申請者の本人確認書類（免許証、マイナンバーカード等）の写し

(4)　助成金の振込口座の通帳（口座番号、口座名義が分かる箇所）の写し

(5)　対象者以外の者が申請者となる場合は、委任状（様式第2号）