

三郷町長 様

申請者 住所
 氏名
 電話番号
 対象者との続柄（ ）

三郷町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

三郷町がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第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。

なお、申請内容の確認のために町が保有する対象者及び申請者の住所、町税の納付状況等個人情報を閲覧すること、並びに病名及び治療方法について医療機関等に問い合わせることに同意します。

また、対象となる補整具について、国・県又は他の市町村の助成金を受けていないことを誓約します。

記

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所			
がんの 治療 状況	医療機関名 および診療科			
	主治医名			
	治療方法	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
がんの治療を受けている ことを証する書類		<input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> がん医療連携クリティカルパス <input type="checkbox"/> 治療方針計画書 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
助成 対象 経費	補整具の種類	頭髮補整具	乳房補整具	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	円	円	
	申請額	円	円	
助成金交付申請額（申請額の合計を記入）			円	

【備考】

- 購入費用は税込額とする。
- 申請額は、補整具の種類（ウィッグ・乳房（右・左））ごとに2万円を上限とする。（千円未満は切り捨て）

【添付書類】

- 補整具の購入額が確認できる領収書の写し
- 診療明細書などがんの治療を受けた又は現に受けていることが分かる書類