

様式第1号（第5条関係）

田野畑村がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

田野畑村長 様

申請者 住所

氏名

Ⓜ (続柄:)

電話番号

—

—

田野畑村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。

記

対象者	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	〒 ー 田野畑村		
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 ()
他の公的助成金受給の有無		有 ・ 無		
補助対象 医療用補整具	購入年月日	購入費 (税込価格) <small>※付属品等は含まない。</small>	助成金申請金額 <small>※上限額2万円</small>	
医療用ウィッグ	年 月 日	円	円	
乳房補整具 (右)	年 月 日	円	円	
乳房補整具 (左)	年 月 日	円	円	
振込先	金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合		支店・出張所 支所
	預金種類	普通 (総合) 当座 ・ 貯蓄	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

※注意事項

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

※添付書類

- ・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
- ・医療用補整具を購入したことを証明する書類の写し
- ・本人であることを証明できる書類の写し
- ・振込先通帳の写し