様式第１号（第６条関係）

松崎町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

松崎町長　様

　がん患者医療用補整具購入費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

また、松崎町が支援の決定に必要な要件を確認するため、対象者の住民基本台帳、町税等収納状況について、調査、照会すること及び治療を受けた医療機関に対して治療内容等の照会を行うことについて同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 | 印 | 助成対象者  との関係 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日(　　歳) | 電話番号 |  | |
| 住所 |  | | | |
| 助成対象者※ | 氏名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日（ 歳） | |
| 住所 | 松崎町 | 電話番号 |  | |
| 助成対象経費 | 補正具の種類 | 医療用ウィッグ | 乳房補整具(補整下着又は人工乳房のいずれか) | | |
| 補整下着  （下着と共に使用するパッドを含む。） | | 人工乳房 |
| 購入日 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 購入費用 | ア  円(税込) | （補整下着の金額）  エ  　　　　円（税込） | | （人工乳房の金額）  キ  　　　円（税込） |
| 助成  限度額 | イ　　　　　　　　　　 　20,000円 | オ　　　　　20,000円 | | ク　　100,000円 |
| 助成  対象額 | ウ【ア又はイのうちいずれか低い額】  円 | カ【エ又はオのうち  いれか低い額】  円 | | ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】  円 |
| 助成申請額 | | 円（※ウとカ又はウとケの合計を記入してください。） | | | |
| 他の地方公共団体の助成の有無 | | 有　（医療用ウィッグ・乳房補整具）　・　　無 | | | |
| 添付書類  （添付した書類に□レ10.5　アミ25.tifを付けて  ください。） | | □　薬物療法に関する説明書、診断書、治療方針計画書等  □　領収書（氏名、購入年月日、品名及び金額の記載があるもの） | | | |

※助成対象者欄は、申請者と同じであれば記入は不要です。