様式第１号（第６条関係）

河津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

河津町長　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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 河津町 | 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(税込み) | （補整下着の金額）  エ  円（税込み） | | （人工乳房の金額）  キ  円（税込み） |
| 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。

（役場記入欄）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 市町村コード | | | | | 年度 | | 番号 | | | |
| ２ | ２ | ３ | ０ | ２ |  |  |  |  |  |  |