

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 ☑ 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						