

利府町がん患者医療用補正具購入費用助成金支給申請書

年 月 日

利府町長 殿

住所 _____

申請者 氏名 _____ (続柄 _____)

電話番号 _____

利府町がん患者医療用補正具購入費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成金支給の資格審査のために必要な範囲において、町職員が、住民記録若しくは診療明細を閲覧し、又は治療を受けた医療機関若しくは補正具の購入先等へ聴取を行うことに同意します。

対象者	フリガナ				生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	住所及び電話番号	〒 利府町 電話番号 — —			
がんの治療状況	医療機関名				
	主治医名		治療方法	手術・放射線・薬剤 その他 ()	
がん治療を受けていることを証する書類	がん治療受診証明書(様式第2号)・お薬手帳・診療明細書・治療方針計画書・わたしのカルテ・がん診療パス・その他 ()				
補正具が必要な理由	就労のため・社会参加のため・その他 ()				
他の公的助成金受給の有無		有 ・ 無			
購入した補正具	1 医療用ウィッグ	購入年月日		購入経費 (本体税込価格)	
	2 乳房補正具 (右側・左側)	年 月 日		円	
申請金額の算定	購入経費 (税込価格)		アの1/2の額 (1,000円未満切り捨て)		助成金申請金額
	ア 円	イ 円	ウ 円		
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協		支店名	本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座		口座番号 (左づめ)	
	口座名義人	(フリガナ) ----- (氏 名)			

【添付書類】

- 1 がん治療受診証明書(様式第2号)又はがんの治療を受けていることを証する書類(診療明細書等)
- 2 補正具を購入したことを証する書類(領収書等)
- 3 所得照会同意書(様式第1号別紙)又は所得証明書

(注) 対象者本人と振込先の口座名義人が異なる場合は、別途委任状が必要となります。

所得照会同意書

年 月 日

利府町長 殿

利府町がん患者医療用補正具購入費用助成金支給に係る審査のため、町職員が下記事項について照会・確認することについて同意します。

（□にチェック☑をしてください。）

区 分	☑	照 会 ・ 確 認 事 項
助成対象者	<input type="checkbox"/>	① 利府町住民基本台帳の記録に関する事項
	<input type="checkbox"/>	② 利府町税納付状況（税目・税額・申告の有無等）に関する事項
	<input type="checkbox"/>	③ 市町村民税の課税状況に関する事項
対象者と同一世帯の者	<input type="checkbox"/>	④ 市町村民税の課税状況に関する事項

申請者 住所：利府町

氏名： (続柄)

助成対象者 住所：利府町

氏名：

世帯全員（未成年等以外）の記名（自署）

助成対象者と同一世帯の者 氏名：

氏名：

氏名：

氏名：

氏名：

氏名：

様式第2号（第5条関係）

がん治療受診証明書

助成対象者	氏名	
	住所	利府町
	生年月日	年 月 日
病名		
治療方法	手術療法 ・ 化学療法 ・ 放射線療法 ・ その他（ ）	
病歴	入院	年 月 日から 年 月 日まで
	通院	年 月 日から 年 月 日まで
その他参考 となる意見		

上記のとおり、相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

主治医 氏名

印