

池田町長 様

申請者 住所 池田町
氏名
電話番号

印

池田町がん患者医療用補正具購入費助成事業申請書兼請求書

池田町がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請（請求）します。

なお、私は、池田町長ががん患者医療用補正具購入費助成事業に係る事務を行うにあたり、審査に必要な情報（住民基本台帳等）の提供及び他の自治体へ助成の受給状況を照会すること、また他の自治体から池田町に照会があった場合、これに回答することに同意します。

対象者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	〒 池田町 電話 ()		
がんの 治療状況	医療機関名 及び診療科			
	主治医名			
	治療方法	手術・薬物治療・放射線治療・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 ()			
がんの治療を受けている ことを証する書類	診療明細書・治療方針計画書・ がん医療連携クリティカルパス・その他 ()			
医療用補正具について岐阜県または県内市町村 における助成金受給の有無		有 ・ 無		
助成 対象 経費	補正具の種類	全頭用ウィッグ		乳房補正具
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日		年 月 日
	領収書の名前及び 本人との続柄	(続柄)		(続柄)
	購入費用	ア 円 (税込)		ウ 円 (税込)
	助成対象額	イ (ア又は20,000円のいずれか少ない方 の額) 円		エ (ウ又は20,000円のいずれか少ない方 の額) 円
助成金交付申請金額 (イとエの合計額を記入してください)			円	

- (添付書類) 1. 当該申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書の写し (宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があること)
2. 診療明細書などががんの治療を受けていることが分かる書類

医療用補正具購入費助成金が決定された場合、次の口座に振込みを依頼します。

振込 先 ※ い ず れ か に 記 入	ゆうちょ 銀行以外 の場合	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合				本・支店 出張所
		預金種別	普通・当座				
		口座番号					
	ゆうちょ 銀行の 場合	(ふりがな) 口座名義					
		金融機関名	ゆうちょ銀行				
		記号一番号	-				
(ふりがな) 口座名義							
申請受理 年月日	年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	受給者 番号			

注) 太枠の中をご記入ください