

様式第1号（第6条関係）

南伊豆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

南伊豆町長 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	南伊豆町			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)			エ 円(税込み)	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【エ又はオのうちいずれか低い額】	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。)	<input type="checkbox"/> 薬物療法に関する説明書、診断書、治療方針計画書等 <input type="checkbox"/> 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	4						