

紀美野町長 様

申請者（対象者又は保護者） 住 所 紀美野町
氏 名

紀美野町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

紀美野町がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第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、申請するに当たり、町が保有する対象者の個人情報を見ることが並びに対象者の病名及び治療方法について医療機関に照会することに同意します。

助成対象者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	紀美野町		電 話 番 号
医療用補整具の種類 (助成上限額)		ウィッグ (20,000円)	乳房補整下着 (10,000円)	人工乳房・人工乳頭 (片側につき20,000円)
購入年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
購入費用 (税込)		円	円	右 円 左 円
助成金上限額又は 購入費用の半額の低い方		① 円	② 円	③右 円 ④左 円
助成金請求額 (①②③④の合計)			円	
他自治体からの助成の有無		☐ あり ☐ なし		
(申請者と同じ) 振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義			
※代理申請欄 (代理による申請及び請求 (並びに受領) を行う場合の記入)				
代理人	フリガナ 氏 名		対 象 者 との続柄	
	住 所		電話番号	
私は、町へのがん患者医療用補整具購入費助成金の申請、請求及び受領のほか、町が行う個人情報の閲覧及び病名・治療方法に関する医療機関への照会の同意に関する権限を上記代理人に委任します。 委任者 氏 名				

【添付書類】

- (1) がん治療に関する証明書、医師の診断書、治療方針計画書等の写し (がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類)
- (2) 医療用補整具の領収書の原本 (助成対象者名、当該医療用補整具の購入日、購入品目、個数及び購入金額の記載のあるもの)
- (3) 助成金の振込先金融機関の通帳等の写し
- (4) 上記添付書類の他、治療内容や医療用補整具の確認のため必要とする書類