

平群町長 様

申請者 住所 平群町.....

氏名

電話番号.....

助成対象者との続柄 本人・(.....)

平群町がん患者医療用補整具購入助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、申請確認のために必要な情報(住民基本台帳、町税の滞納状況及び通院等の状況等)の確認及び調査に同意します。

また、対象となる補整具について過去に市町村の助成金を受けていない事を誓約します。

対象者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名			(歳)
	住所	奈良県生駒郡平群町				
治療状況	医療機関名					
	主治医名					
	治療内容	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他				
対象経費	補整具の種類	頭髮補整具		乳房補整具		
	購入年月日	年 月 日		年 月 日		
	購入金額	円		円		
	申請額(※1)	円		円		
助成金交付申請額(申請額の合計)				円		

※1 申請額は購入金額又は2万円のいずれか低い方の金額(千円未満切り捨て)

委任状 ※本人及び同一世帯以外の方が申請する場合は記載が必要です。

本申請について 代理人氏名: _____ 住所: _____ を
私の代理として定め平群町がん患者医療用補整具購入助成金交付申請を委任します。

委任者の署名 _____

振込先	銀行	本店	預金種別	普通預金
	金庫	支店		当座預金
口座番号		口座名義人	フリガナ	

【添付書類】

- ・対象補整具の購入にかかる領収書
(助成対象者名・購入日・品名・購入金額・領収書発行者の名称の記載があるもの)
- ・がんの治療を受けた又は現在治療を受けていることが分かる書類の写し
(治療に関する説明書や診断書、治療方針計画書、診療明細書など)