

別記様式第1号（第5条関係）

川場村がん患者補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

川場村長 宛て

申請者 住所
 氏名 印
 電話番号
 生年月日 年 月 日

川場村がん患者補正具購入費助成金交付要綱の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。

また、この申請の審査に当たり、私の住民記録、対象者との関係及び村税の納付状況について、川場村が公簿等により調査確認することに同意します。

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()		
購入した補装具	医療用ウィッグ	購入年月日	購入経費	対象となる費用		
			円	(ア)	円	
	乳房補正具	購入年月日	購入経費			
			円	(イ)	円	
	その他、医療用補正具	購入年月日	購入経費			
			円	(ウ)	円	
助成金額の査定	医療用ウィッグ	助成額上限 30,000 円もしくは(ア)の金額のどちらか安い金額		円		
	乳房補正具	助成額上限 20,000 円もしくは(イ)の金額のどちらか安い金額		円		
	その他、医療用補正具	助成額上限 20,000 円もしくは(ウ)の金額のどちらか安い金額		円		
助成金総額(請求額)		(ア)+(イ)+(ウ)の合計		円		
振込先	金融機関名	銀行				
		支店				
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号			
	ふりがな					
	口座名義					