

様式第1号（第4条関係）

津幡町がん患者補正具購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）津幡町長

（申請者：口座名義人と同一）

住所

氏名

続柄

電話番号 ( )

がん患者補正具購入費用助成金の交付を受けたいので、津幡町がん患者補正具助成金交付申請書要綱第4条の規定に基づき、次のとおり申請（請求）します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で住民基本台帳及び町税等の納付状況について確認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 ( 歳)
	住所 (申請者と同一の場合は記載不要)	〒 電話 ( ) -	
助成対象経費	補正具の種類	ウィッグ（保護用ネット含む。）	乳房補正具（右・左）
	購入日	年 月 日	年 月 日
	購入費用(A)※	円（税込）	円（税込）
	(A)の1/2の額 (B)	円 ※1,000円未満切り捨て	円 ※1,000円未満切り捨て
	助成限度額 (C)	30,000円	左右どちらかのみ 20,000円 両方 40,000円
	(B)又は(C)のいずれか低い額	① 円	② 円
助成申請額（①+②）		円	
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人 (申請者と同一)		
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を現に受けている又は受けていたことがわかる書類 （化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等） <input type="checkbox"/> 補正具の領収書等、購入した日、金額及び商品がわかる書類 <input type="checkbox"/> 同種の他の助成金を受けている場合はその交付の額がわかる書類		

※同種の他の助成金を受けている場合は、その交付の額を差し引いた額を記入。