

様式第1号（第6条関係）

斑鳩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

年 月 日

斑鳩町長 様

（申請者）住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

斑鳩町がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、助成金の交付が決定された場合には、下記口座へ振込みいただきますようお願いします。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			( 歳)
	住所			
がんの 治療 状況	医療機関名			
	治療内容			
助成 対象 経費	補整具の種類	頭髪補整具	乳房補整具（右・左）	
	購入年月日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	円	円	
	申請額	円	円	
助成金交付申請額（合計）			円	

	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店	預金 種別	普通預金 当座預金
口座番号		口座 名義人	フリガナ	

【添付書類】

- ・補整具を購入したことが確認できる書類（領収書等）
- ・手術、薬物治療及び放射線治療の治療内容を確認できる書類の写し（治療説明書や診断書、診療明細書等）

### 同意・誓約事項

- (1) 私は、他の自治体等が実施する対象となる補整具の提供に係る助成金の交付を受けていません。
- (2) 私は、審査に必要な情報（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。

氏名欄 \_\_\_\_\_

※氏名欄について、自署によらない記名のみ場合は、  
本人確認書類の提示又は提出等が必要となります。