

北方町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

北方町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

助成対象者との続柄（関係） \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

北方町がん患者医療用補正具購入費助成に関する要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおりに申請します。

なお、**がん患者医療用補正具購入費**の助成金交付決定にあたり、裏面の確認事項について本町が照会・確認することに同意します。

対象者	ふりがな			性別	生 年 月 日							
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		男・女	年 月 日							
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 — —										
がんの治療状況及びがんの治療を受けていることを証明する書類	医療機関名及び診療科											
	治療方法		手術・薬物治療・放射線治療・その他（ ）									
	診療明細書・治療方針計画書・がん医療連携クリティカルパス・その他											
補正具の購入日及び種類	購入年月日（領収書の日付）			領収書の名前及び本人との続柄								
	年 月 日			（続柄 ）								
	全頭用ウィッグ ・ 乳房補正具											
申請金額の算定	補正具の本体価格（税込）			ア 円								
	アの 1/2 の額（1,000 円未満切捨）			イ 円								
助成金交付申請金額		助成金上限額（2 万円）またはイの額のいずれか少ない方の額			円							
振込先 <small>（申請者又は対象者の名義）</small>	金融機関名	銀行・金庫 本店・支 店 信組・農協 支所・出張所										
	預金種別	普通・当座	ふりがな									
			口座名義人									
	口座番号						（右詰で記入）					
ゆうちょ銀行 （記号－番号）					—							

＊太枠の中をご記入ください。

【北方町処理欄】

決定年月日	年 月 日	(受付印及び受付日)
決定内容	承認 ・ 不承認	
助成決定額（上限額 20,000 円）	金 円	

**裏面**

【 申請書類の提出について 】 申請を行う際、以下のものをご提出ください。

- 北方町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書（第1号様式）
  - 申請書に添付する書類
    1. 申請に係る補正具の購入の費用の額が確認できる領収書等の写し（宛名、購入日、購入金額、金額内訳、領収書発行者の記載があるもの）
    2. 診療明細書などがんの治療を受けていることが分かる書類
    3. 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店がわかる預金通帳の写し（表紙裏の見開きのコピー）
- その他、申請する際には身分証明書をお持ちください。

【 確認すべき事項について 】

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1人あたりの支給額の上限が決められています。転入された方について以前にお住まいの自治体にこの助成金の以前の受給状況を照会するなど、助成金を交付するのに必要な下記の事項について、本町が照会・確認させていただくことがありますので、ご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。

＜確認事項＞

1. がん患者医療用補正具購入費助成事業の助成金交付状況について、本町が他の自治体へ照会すること。
2. がん患者医療用補正具購入費助成事業の助成金交付状況について、他の自治体から本町へ照会があったときに、これに回答すること。
3. 本町の住民であること（住民基本台帳）。
4. 治療状況等について医療機関及び調剤薬局等に照会すること。
5. 町税及び使用料等の納付状況について照会すること。