

## 九度山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

(あて先) 九度山町長

申請者 住 所  
 氏 名  
 生年月日  
 電話番号

下記のとおり、医療用補整具を購入しましたので、助成金を交付されたく請求します。

記

1 請求額 円

2 助成対象者の情報（申請者と同じ場合は、□に✓で省略できます。）

住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
氏名・ 生年月日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (生年月日) 年 月 日

3 内訳

健診等の種類	購入日	購入金額	申請金額
医療用ウィッグ (全頭用)	年 月 日	円	円 (上限額 20,000 円)
乳房補整下着	年 月 日	円	円 (上限額 10,000 円)
人工乳房・ 人工乳頭	右 年 月 日	円	円 (上限額 20,000 円)
	左 年 月 日	円	円 (上限額 20,000 円)

※申請金額は、購入金額の2分の1もしくは上限額のいずれか低い方とする。

※付属品及びケア用品の購入に要した経費並びに医療用補整具の購入に要した交通費、郵送費等を除く。

4 振込先（申請者）

銀行名	銀行・農協 信用金庫	支店名	支店 支所
種別	普通・当座・その他 ( )	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

## 添付書類

- (1) がん治療に関する説明書、医師の診断書、治療方針計画書等の写し（がん治療を受けた、又は現に受けていることが分かるもの並びにウィッグの場合は抗がん剤の使用、乳房補整具の場合は外科的治療による乳房摘出術及び部位が分かるもの）
- (2) 申請に係る医療用補整具の領収書（当該医療用補整具の購入日、購入品目、個数及び購入金額の記載のあるもの）の写し
- (3) その他町長が必要と認める書類