

別記

第1号様式（第6条第1項関係）

長南町がん患者ウィッグ及び補整具購入費等助成金交付申請書

年 月 日

長南町長

長南町がん患者ウィッグ及び補整具購入費等助成金の交付を受けたいので、長南町がん患者ウィッグ及び補整具購入費等助成金交付要綱第6条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ必要書類を添えて申請します。

- ・過去に他自治体において補整具等購入に係る同様の助成を受けていません。
- ・申請に係る対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付及び国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- ・この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報について、長南町が調査することに同意します。
- ・長南町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。

申請者	住所																
	氏名	※署名の場合は押印不要															
	利用者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者（利用者が未成年である場合に限る）															
	電話番号																
利用者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 長南町															
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ															
	生年月日	年			月			日									
診断名																	
助成対象費用	区分	購入等年月日 <small>複数購入の場合は最も古い購入日を記載</small>						購入等に要した費用 (税込)			購入等に要した 合計額						
	医療用 ウィッグ	<input type="checkbox"/> 購入日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 借受期間	自	年	月	日	至	年	月	日			
	胸部補整具	<input type="checkbox"/> 購入日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 借受期間	自	年	月	日	至	年	月	日			
	エピテーゼ	<input type="checkbox"/> 購入日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 借受期間	自	年	月	日	至	年	月	日			
本事業助成の有無		無 ・ 有 → 助成交付年月日（ 年 月 日）/交付金額（ 円）															
助成申請額		円															
添付書類	【 <input checked="" type="checkbox"/> をつけ、添付もれがないかご確認ください】 <input type="checkbox"/> 医療機関の発行するがん治療に関する説明書や診断書又は治療方針計画書等の写し（抗がん剤治療や化学療法に伴う脱毛、外科的治療等による部位の変形や欠損又はそれらのおそれが見込まれることがわかる書類の写し） <input type="checkbox"/> 医療用補整具の購入等に係る領収書及び明細書の原本（宛名、購入日、購入品目、購入金額、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるもの） <input type="checkbox"/> 振込先が確認できるものの写し																
（振込先申請者）	金融機関名	銀行 信金 本店 信組 農協 支店															
	口座番号	普通・当座														口座名義人 (申請者と同じ)	カナ 氏名