

年 月 日

岩泉町長 様

申請者 住 所
氏 名 ㊟
電話番号

岩泉町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼支払請求書
岩泉町がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 申請内容

助成対象者	フリガナ				生年月日
	氏名				年 月 日
	住所	〒			
がんの治療状況	医療機関名				
	主治医名		治療方法	手術・化学・放射線 その他()	
他の公的助成金等受給の有無		有 ・ 無			
補整具の種類	購入年月日	購入費(税込価格)	助成金申請金額		
医療用ウィッグ (全頭用)	年 月 日	円	円		
乳房補整具(右)	年 月 日	円	円		
乳房補整具(左)	年 月 日	円	円		
助成限度額					円
振込先	銀行 農業協同組合 信用金庫 労働金庫				本店 支店
	種別	口座番号			口座名義人(カタカナ)
	普通・当座				

(裏面あり)

2 代理人がいる場合（助成対象者本人による申請の場合は記載不要）

代 理 人	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	
<p>私は、がん患者医療用補整具購入費助成金の申請、請求及び受領等に関する一切の権限を上記代理人に委任します。</p> <p style="text-align: right;">委任者 氏名 _____ 印</p>		

3 添付書類（添付書類を確認し☑をつけてください）

<input type="checkbox"/>	がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていることを証明する書類（治療に関する説明書、診断書、治療方針計画書、診療明細書等）の写し
<input type="checkbox"/>	医療用補整具を購入したことを証明する領収書等の写し
<input type="checkbox"/>	本人証明書類（運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード（表面のみ）等）の写し。ただし、代理人がいる場合は、当該代理人の本人証明書類の写し
<input type="checkbox"/>	照会等同意書（様式第3号）
<input type="checkbox"/>	振込先金融機関の通帳の写し