様式第１号（第５条関係）

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正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正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 | | | | | | | | | | |
| 購入したウィッグ | | 購入年月日 | | | | 購入費（税込価格） | | | | | | 助成金申請金額 | |
| 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | | | | 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 |  |
| 私は、がん患者医療用補正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。  委任者　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | |

３　添付書類

　(１)　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

　(２)　ウィッグを購入したことを証明する領収書等の写し

　(３)　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も併せて添付すること。

　(４)　照会同意書（様式第３号）

　(５)　振込先の預貯金通帳の写し