

様式第 1 号

藤崎町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

藤崎町長 様

【申請者】

住 所 藤崎町大字
氏 名 _____
(対象者が未成年の場合 続柄 _____)
電話番号 _____

関係書類を添えて、次のとおり、藤崎町がん患者医療用補整具購入費の助成を申請します。
なお、申請内容の審査のために他の自治体や関係医療機関等に対し照会することに同意します。

対 象 者	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏名				(歳)			
	住所	〒						

購入した 補整具	購入年月日	ア 購入費用	イ アの2分の1の額 ※100円未満切り捨て	助成金交付申請額 ※各補整具の区分につき 3万円又はイの額の いずれか低い額
頭部の補整具	年 月 日	円	円	円
胸部の補整具	年 月 日	円	円	円

振 込 先	金融機関名	銀 行 本 店 農 協 支 店 金 庫 出張所									
	種別	普通 ・ 当座		口座番号							
	フリガナ										
	口座名義人										

※振込先の口座名義人は、原則対象者又は対象者の保護者（対象者が未成年の場合）とします。

【添付書類】

- ☐ がんの治療を受けたまたは受けていることが確認できる書類（医師の診断書、診療明細書、治療方針計画書等）の写し
- ☐ 補整具を購入したことを証明する書類（領収書等の原本）
- ☐ 振込口座が確認できる書類の写し（通帳またはキャッシュカード）
- ☐ 本人確認書類（マイナンバーカードや運転免許証等）