様式第１号(第５条関係)

聖籠町がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

　令和　　 年　　 月　 　日

聖籠町長　　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 助成対象者との続柄 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　 月　　 日 | 電話番号 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 助成対象者 | □ 申請者と同じ　（申請者と同一の場合、記入不要です。） |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　 月　　 日 |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 過去における本事業による助成の有無 | 無　・　有　（ 医療用ウィッグ ・ 乳房補整具 ・ 人工乳房等 ） |
| 助成対象費用 | 区　　分 | □医療用ウィッグ | □乳房補整具 | □人工乳房等 |
| 購 入 日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 購入金額 |  円  |  円  |  円　　 |
| 購入金額×1/2 | ア　　　　　　　円（1,000円未満切捨） | エ　　　　　　　円（1,000円未満切捨） | キ　　　　　　 円（1,000円未満切捨） |
| 助成上限額 | イ　　 　 25,000円 | オ　　 　 25,000円 | ク　　 　50,000円 |
| 助 成 額 | ア又はイのいずれか低い額 | エ又はオのいずれか低い額 | キ又はクのいずれか低い額 |
| ウ　　　　　　　円 | カ　　　　　　　円 | ケ　　　　　　　円 |
| 助成合計額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　円（ウとカとケの合計額） |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 銀行・農協信組・信金・労金 | 口座番号等 | 　普通　当座 |
| 支店名 | 本店・　　　　　支店 | フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

|  |
| --- |
| 私は上記口座名義人に助成金の受け取りを委任します。 　　年 　　月 　　日　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　 |

1　添付書類として、補整具の領収書及びがん治療の内容が確認できる書類の写しを添付してください。

2　助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。

助成決定額　　　　　　　　　円