

美郷町がん患者用補正具購入費補助金交付申請書

年 月 日

美郷町長 様

申請者 住 所 美郷町 _____

氏 名 _____ 印

対象者との関係 _____

電話番号 _____

美郷町がん患者用補正具購入費補助金交付要綱第 5 条の規定に基づき補助金を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、町の担当職員が住所等の確認のために、私の住民記録の閲覧や必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細の閲覧について同意します。

記

交付申請額 円

対 象 者	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	年 月 日
	住 所	〒 美郷町		
	電話番号	— —		
購入した補正具	名 称	購入年月日	購入経費 (補正具本体の価格・ 付属品等は含みません)	
		年 月 日	(税込価格) 円	
他の公的な助成金受給の有無		有 ・ 無		
助成金有りの場合の助成金額		円		
補助金交付申請額の算定				補助金交付申請額
補正具購入経費	他の公的助成額	差引自己負担額	補助金上限額又は、ウのいずれか低い額	(エの額)
ア 円	イ 円	ウ (ア-イ) 円	エ 円	
				円

※添付書類

- 補正具の購入に係る領収書の写し、他の公的助成がある場合は、その額が確認できる書類の写し
- がん治療受診証明書 (様式第 2 号)