

様式第1号（第5条関係）

雫石町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

雫石町長 殿

申請者 住所 _____
氏名 _____ 印（続柄 _____）
電話番号 _____

雫石町がん患者医療用補正具購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。また、雫石町が助成金交付の適正審査のために必要な範囲において、住民記録や診療明細を閲覧、治療を受けた医療機関及び購入先等に照会することについて同意します。

記

支給申請額 _____ 円

対象者氏名		生年月日	年 月 日
購入金額	円	購入日	年 月 日
他の自治体における同種の助成金受領の有無	有（自治体名 _____） ・ 無		

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（化学療法、放射線療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書、診療明細書など）の写し
- （2）ウィッグを購入したことを証明する書類の写し（品名や金額の記載のある領収書）
- （3）本人を確認する書類の写し