

様式第 1 号 (第 5 条関係)

藤里町がん患者補正具購入費補助金交付申請書

年 月 日

藤里町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

藤里町がん患者補正具購入費補助金交付要綱第 5 条第 1 項の規定に基づき補助を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

< 内 訳 >

対象者氏名		生年月日	年 月 日
補正具	1. 乳房補正具 (右・左)	2. 頭髪補正具 (全頭用)	
購入金額	円	購入年月日	年 月 日
以前の藤里町補助金受領の有無	1. 有 (年度受領済み)	2. 無	
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協	本店・支店・出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	口座名義	(フリガナ) -----	

なお、藤里町がん患者補正具購入費補助金交付審査のため、必要な範囲で次のことについて同意します。

- 町から県に助成実績、医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 町から県及び県内各市町村に対し、町の助成実績に係る情報を提供すること
- 申請に要する住所情報を閲覧すること

同意者 (申請者) 氏名

※添付書類 [(1) (2) (3) を添付すること]

- (1) 補正具の購入に係る領収書の写し  
(ウィッグは「全頭用」、乳房補正具は「補正パッド」又は「人工乳房」の記載があるもの)
- (2) がん治療受診証明書 (様式第 2 号)
- (3) 振込口座の通帳の写し