

東通村長 様

住所 _____

氏名 _____ ⑩

対象者との続柄 (_____)

電話番号 _____

東通村がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

東通村がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付が決定した場合は、下記の振込先に助成金を交付するよう請求します。

また、私は、東通村が住所等の確認のため、私の住所記録を閲覧し、又は助成要件を満たしているか確認の必要がある場合に関係機関へ照会することについて同意します。

記

フリガナ					生年月日
対象者					<input type="checkbox"/> 昭和、 <input type="checkbox"/> 平成、 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)
住所・電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ、 <input type="checkbox"/> 申請者と異なる 【住所】東通村大字 電話番号 - -				
購入した補整具の種類	購入年月日	ア 購入費用	イ アの2分の1の額 ※100円未満切捨て	助成申請額 ※イの額又は3万円の いずれか少ない額	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部	年 月 日	円	円	円	
金融機関名	銀行・信漁連 農協・信用組合 信用・労働金庫			本店 支店 営業部	
預金種別	普通・当座	口座番号			
フリガナ					
口座名義					

(添付書類)

- がんの治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類（診断書、診療明細書、治療方針計画書の写し等）
- 助成対象補整具を購入した日及び支払った金額の明細が分かる書類（領収書、請求明細書の写し等）
- 振込を希望する金融機関の預貯金口座が確認できる書類（通帳の写し等）
- 前各号に掲げるもののほか村長が必要と認める書類