

志免町長 殿

【申請者】

住 所 志免町志免〇丁目〇番〇号

氏 名 志免 花子

電話番号 080-0000-0000

助成対象者との続柄 本人

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の補助を申請します。なお、次のことについて同意します。

- 志免町が医療機関等関係機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
- 志免町が助成対象者の同一世帯の住民基本台帳及び課税台帳を照会すること

助成対象者	ふりがな	しめ はなこ					生年月日	1970年 3月 1日 【〇〇歳】				
	氏名	志免 花子					電話番号	080-0000-0000				
	住所	〒 811-2100 志免町志免〇丁目〇番										
補助対象経費	区分	(1)医療用ウィッグ等					(2)補整具等					
	用具種類 (該当に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 医療用ウィッグ					<input checked="" type="checkbox"/> 補整パット <input checked="" type="checkbox"/> 弾性着衣					
		<input type="checkbox"/> 装着用ネット					<input type="checkbox"/> 補整下着 <input type="checkbox"/> エピテーゼ					
		<input type="checkbox"/> 毛付き帽子					<input type="checkbox"/> 専用入浴着					
	購入日	令和4年 5月 10日					令和4年 6月 10日					
	購入費用×1/2 (千円未満切捨)	ア 18,000 円 (税込)					エ 11,000 円 (税込)					
	補助限度額	イ 20,000 円					オ 10,000 円					
補助対象額	【ア又はイのうちいずれか低い額】 ウ 18,000 円					【エ又はオのうちいずれか低い額】 カ 10,000 円						
補助申請額		28,000 円 (※ウとカの合計を記入してください)										
確認事項	<input checked="" type="checkbox"/> 申請に係る対象経費は、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は地方公共団体の助成を受けていない											
	受けた場合、補助を受けた区分 <input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ等 <input type="checkbox"/> 補整用具等 補助申請自治体名 ()											
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)		<input checked="" type="checkbox"/> がん治療に関する診療明細書、治療方針計画書等(がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類(医療機関名入り)に限る。写し可) <input checked="" type="checkbox"/> 領収書及び明細書(対象者氏名、購入日、合計金額、品目、金額、台数(個数)入り。「医療用ウィッグ」、「補整パッド」等助成対象品目名の記載のあるもの。原本) 【 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書返却希望】 <input type="checkbox"/> 世帯全員の所得及び課税額を証明する自治体が発行する書類(証明年度の1月1日時点で志免町外に住所を有していた方は必要) <input checked="" type="checkbox"/> 補助金の振込を希望する金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるものの写し										
振込先	金融機関名	0000					銀行・金庫 信用組合・農協		支店名	志免支店		
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	カナ	シメ ハナコ	
	普通 当座								氏名	志免 花子		

町記載

この部分は、町が記載しますので、記入は不要です