

様式第1号（第5条関係）

小坂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

小坂町長 様

申請者 住 所 小坂町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※補正具使用者との関係（ \_\_\_\_\_ ）

電話番号 \_\_\_\_\_

関係書類を添えて、小坂町がん患者医療用補正具購入費助成金を申請します。

|   |  |   |
|---|--|---|
| 補正具<br>使用者  | 氏 名  |   |
|   | 生年月日   | 年 月 日（ 歳）   |
| 補正具   | 種 類  | <input type="checkbox"/> 1. ウィッグ<br><input type="checkbox"/> 2. 乳房補正具 |
|   | 購入金額   | 円（税込）   |
|   | 購入年月日  | 年 月 日   |
| 過去の<br>助成状況   | 過去に秋田県又は他の都道府県・指定都市・中核市・市町村から補正具購入に係る助成を受けたことがありますか。<br>ない ・ ある<br>(ある場合、自治体名 _____ 助成の時期 _____ 年 月) |   |
| 助成申請額 金 _____ 円（第4条に定める額とする。）<br>助成の適正を判断するために必要な場合は、次のことについて同意します。<br><input type="checkbox"/> 町から他の自治体に助成実績等に係る情報の照会を行うこと<br><input type="checkbox"/> 町から他の自治体に対し、町の助成実績に係る情報を提供すること<br>年 月 日<br>小坂町長 様 |  |   |

(添付書類)

- 1. 化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書などの写し
- 2. 補正具の購入に係る領収書の写し