

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 _____ ⑩

※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 使用者	氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
補正具	種 類	<input type="checkbox"/> 1. 医療用ウィッグ <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 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。 ない ・ ある (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。） 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。 <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 <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 年 月 日 小坂町長 様		

(添付書類)

- 1. 秋田県がん患者医療用補正具助成事業承認決定通知書の写し
- 2. 補正具の購入に係る領収書の写し

※添付書類2は秋田県がん患者医療用補正具助成事業申請書に添付書類として提出したものと同様の写し。