

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 使用者	氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
補正具	種 類	☐ 1. ウィッグ ☐ 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。 ☐ 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 ☐ 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. 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