

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 _____ (印)

※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. 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。)		

(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