

日付は空欄でお願いします

年 月 日

竹富町長 様

(申請者) (〒907-0000)

住 所 竹富町字 竹富 1234-56

氏 名 竹富 花子

電話番号 090-7890-1234

記入例

関係書類を添えて次のとおり補整具購入経費の助成を申請します。交付決定後は、助成金を請求します。
なお、次のことについて同意します。

- ☒ 竹富町から医療機関に対し治療内容を照会すること。
- ☒ 竹富町から購入先に対し購入内容について照会すること。
- ☒ 竹富町から県に対し、竹富町の実績にかかる情報を提供すること
- ☒ 竹富町が、対象者の該当性を審査するために、住民登録簿等の公募等の確認を行うこと

1 対象がん患者	ふりがな				申請者との関係	本人
	氏名	☒ 申請者と同じ				
	住所	竹富町字 ☒ 申請者と同じ				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 XX年 XX月 XX日 (AA歳)				
2 助成対象経費	補整具の種類 【購入用具を○で囲む】	ウィッグ	乳房補整具(右側)	乳房補整具(左側)		
	購入日	R7年 △月 △日	R7年 △月 △日	年 月 日		
	購入費用(税込)	ア 30,000円	エ 10,000円	キ	購入費用と20,000円の少ない方	
	助成限度額	イ 20,000円	オ 20,000円	ク		
	助成対象額	ウ 【ア・イのうち低い額】 20,000円	カ 【エ・オのうち低い額】 10,000円	ケ 【ア・カのうち低い額】		
3 助成申請額	30,000円					
4 確認事項	☒ 申請にかかる補整具に対して、他の助成等を受けていない					
	☒ 申請にかかる補整具に対して、過去に他区市町村から助成を受けていない					
5 添付書類	☒ 診療明細書の写しなどががん治療の受療している(していた)ことが分かる書類					
	☒ 対象補整具の購入に係る領収書の原本(購入日(同日であれば領収日も可)、品目、金額入り。乳房補整具については「左側」「右側」の別が備考欄等に記載されていること。) ☐ 振込口座カードまたは通帳写し ☒ 難病患者等通院治療渡航費と同じ口座の場合省略可 ☒ 義務履行確認申請書					
6 振込口座	金融機関名	ゆうちょ	銀行 金庫 農協 組合	七〇八	本店 支店 支所 出張所	預金種別 普通 当座 その他
	口座名義	タケトミ ハナコ			口座番号	
		※カタカナで記入。同一であること。			7 7 7 0 7 7 7	
特記事項(行政機関使用欄)						

記入する場合は申請者の口座をカタカナで記入