

立山町がん患者補正具購入費用助成金交付申請書兼請求書

立山町長 あて

申請者 住所
 氏名
 電話番号
 助成対象者との続柄

次のとおり立山町がん患者補正具購入費用助成金の交付を受けたいので申請します。
 なお、交付要件の確認のため、所在及び町税等の納付状況について確認することに同意します。

対象者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日生
	住所 (申請者と同一の場合は記載不要)	〒 電話番号 () ー	
補正具の種類	医療用ウィッグ (保護用ネット含む)	乳房補正具 (右・左)	
購入日	年 月 日	年 月 日	
購入費用※	円 (税込)	円 (税込)	
申請額兼請求額 (裏面の算定表より得られた額)	円	円	

※同種の他の助成金等を受けている場合は、その交付の額を差し引いた額を記入。

振込先	口座振替 指定金融機関	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所 漁協	
	指定口座	1. 普通 2. 当座	口座番号 (左詰で記入)
	フリガナ		
	口座名義		

- <添付書類> (1) がん治療を受けている又は受けていたことがわかる書類
 (化学療法又は手術に関する説明書、診断書、治療方針計画書等)
 (2) 補正具の領収書等、購入した金額及び商品がわかる書類
 (3) 助成金を振り込む口座の通帳の写し
 (4) 同種の他の助成金を受けている場合は、その交付の額がわかる書類
 (5) 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

※裏面あり

○申請額兼請求額算定表

補正具の種類	購入費用	申請額兼請求額	限度額
乳房補正具（右側及び左側それぞれ）（補正パット又は人工乳房（これらを固定する下着を含む。））	(1) 2万円未満の場合	アとイの合計額とする。 ア 対象経費の2分の1に相当する額（千円未満の端数があるときはこれを切り捨てる。） イ アの額に2分の1を乗じて得た額	1万5千円
	(2) 2万円以上の場合	1万5千円	
医療用ウィッグ（ウィッグ本体（頭皮保護用ネットを含む。））	(1) 4万円未満の場合	アとイの合計額とする。 ア 対象経費の2分の1に相当する額（千円未満の端数があるときはこれを切り捨てる。） イ アの額に2分の1を乗じて得た額	3万円
	(2) 4万円以上の場合	3万円	