様式第１号（第５条関係）

西伊豆町がん患者医療用補整具購入費助成事業申請書

年　　　月　　　日

西伊豆町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

(対象者が未成年の場合、申請者(法定代理人)の氏名を記載)

西伊豆町がん患者医療用補整具購入費助成事業による支援を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 氏名 |  | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　　） |
| 申請者※ | ふりがな |  |  | 助成対象者との関係 |  |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　　） |
| 過去に、西伊豆町又は他の地方公共団体からがん患者医療用補整具購入費の助成を受けたことがありますか | はい　・　いいえ(はいの場合：自治体名　　　　　　　　　　　　　) |
| 助成の適性を判断するために必要な場合、医療機関に対し治療内容及び購入先に購入内容を問い合わせすることについて同意しますか | はい　・　いいえ |
| 県から問い合わせがあった場合、町からの補助実績に係る情報を提供することについて同意しますか | はい　・　いいえ |
| 助成の適性を判断するために必要な場合、対象者の住所、町税等の収納状況について調査、照会することについて同意しますか | はい　・　いいえ |
| 助成対象経費 | 補装具の種類 | 医療用ウイッグ(全頭用かつら) | 乳房補整具(補整下着又は人工乳房のいずれか) |
| 補整下着(下着とともに使用するパッドも含む) | 人工乳房 |
| 購入日 | 年　　　　月　　　　日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 購入費用 | ア　　　　　　　　　　　　　　　円(税込) | (補整下着の額)エ円(税込) | (人工乳房の額)キ円(税込) |
| 助成限度額 | イ　　　　　　２０，０００円 | オ　　　　２０，０００円 | ク　　１００，０００円 |
| 助成対象額 | ウ【ア又はイのうちいずれかの低い額】円 | カ【エ又はオのうちいずれかの低い額】円 | ケ【キ又はクのうちいずれかの低い額】円 |
| 助成申請額 | 円　(ウとカ又はウとケの合計を記入してください) |
| 添付書類(添付した書類にをつけてください) | * 薬物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
* 領収書（購入日(同日であれば領収日も可)、品目、金額入り、医療用ウイッグは、「全頭用かつら」、乳房補整具は、「補整下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。）
 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫農協・信漁連 | 本店・支店支所・出張所 |
| 預金種類 | 普通・当座 |  |  |
| 口座番号 |  |

* 対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に法定代理人を記入してください。