

様式第1号(第6条関係)

がん患者医療用補整具購入費助成金交付申請書

年 月 日

森町長 様

申請者氏名

㊦

がん患者医療用補整具購入費の助成を受けたいので、森町がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、申請に当たり町から医療機関への治療内容についての照会、購入先への補整具の内容等についての照会及び助成金の可否を決定するために必要な公簿の閲覧についての照会並びに静岡県に対し助成実績に係る情報を提供することについて同意します。

申請者	ふりがな			助成対象者との関係			
	氏名						
	生年月日	年	月	日	性別	男・女	
	住所	〒				電話番号	
助成対象者	ふりがな			助成対象者との関係			
	氏名						
	生年月日	年	月	日	性別	男・女	
	住所	〒				電話番号	
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ (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	円		円		円	
助成申請額						円	
過去における医療用補整具購入に係る助成金の受給の有無		無 ・ 有 (助成を受けた補整具の種類： ) (助成を受けた自治体名： )					