様式第１号（第７条関係）

東伊豆町がん患者医療用補整具購入支援事業申請書

年　　月　　日

東　伊　豆　町　長　様

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（対象者が未成年の場合、申請者（法定代理人）の氏名を記載）

東伊豆町がん患者医療用補整具購入支援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。

また、東伊豆町が支援の決定に必要な要件を確認するため、次のことに同意します。

□　東伊豆町から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること。

□　東伊豆町から県に対し、市町の補助実績に係る情報を提供すること。

□　過去に、東伊豆町又は他の地方公共団体から補助を受けていないこと。

□　東伊豆町が対象者の住所、町税等の収納状況について調査、照会すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | | ふりがな |  | | | | | | 生　年　月　日 | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | 年　　月　　日（　　　歳） | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　－  電話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | |
| 申請者※ | | ふりがな |  | | | | | | 助成対象者との関係 | |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　－  電話　　　（　　　） | | | | | | | | | | | |
| 助成対象経費 | | 補整具の  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  （下着とともに着用するパッドのみ） | | | | | | 人工乳房 | | |
| 購入日 | 年　　月　　日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 購入費用 | ア　　　　　　　円(税込) | | | （補整下着の金額）  エ　　　　　円(税込) | | | | | | （人工乳房の金額）  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低い額】  　　　　　　　　　　円 | | | カ【エ又はオのうちいずれか低い額】  　　　　　　　　　　円 | | | | | | ヶ【キ又はクのうちいずれか低い額】  　　　　　　　　　　円 | | |
| 助成申請額 | | | 円（※ウとカ又はウとヶの合計を記入してください。） | | | | | | | | | | | |
| 添付書類  （添付した書類にレをつけてください） | | | * 治療方針計画書など、がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類 * 領収書（購入日（同日であれば領収書も可）、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　　　　　　　　　　　本店・支店  信用組合・農協　　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | 普　通 | 口座名義人  (カタカナで記載、申請者と同一) | | | |  | | | | | | |
| 口座番号 | |  |  |  | |  |  | |  | | |  | 左詰記入 |

※対象者が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。