

## 朝日町がん患者補正具購入費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝日町長あて

申請者 住所  
氏名 印  
助成対象者との続柄  
電話番号

下記のとおり朝日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		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日 ( 歳)
	住所 (申請者と同一の場合は記載不要)	〒 朝日町 TEL ( ) -		
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ (ケア帽子、頭皮保護ネット含む)	乳房補正具 ( 右・左 ) (補正パッド又は人工乳房、固定下着)	
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用 (A) *	円 (税込)	円 (税込)	
	(A) の1/2の額 (B)	円 (1,000円未満切り捨て)	円 (1,000円未満切り捨て)	
	上限額 (C)	30,000円	左右 各 20,000円	
	(B) または (C) のいずれか低い額	① 円	② 円	
助成申請額 (①+②)		円		

\* 同種の他の助成金等を受けている場合は、その交付額を差し引いた額を記入

振込先	金融機関名	普通・当座	銀行・金庫 農協	本店・支店 支所・出張所
	口座番号		フリガナ	
			口座名義人	

<添付書類>

- 補正具購入に係る領収書の写し
- がん治療を受けている又は受けていたことが分かる書類の写し  
(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)
- 振込先金融機関口座確認書類 (通帳やキャッシュカードの写し)
- 同種の他の助成金を受けている場合は、その交付の額が分かる書類