

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

白川町長 様

申請者 住所
氏名 (続柄)
電話番号

白川町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

医療用補正具購入費助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

なお、白川町が本助成金の交付に関し白川町住民基本台帳の記録に関する事項及び町税等の納付状況の照会、確認等を行うことに同意します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			(歳)
	住 所	〒 白川町	電話番号	- -
申請しようとする補正具の費用について、他の市町村の助成金制度の受給の有無			無 ・ 有	
助成対象経費	補正具の種類	<input type="checkbox"/> 頭髪補正具	<input type="checkbox"/> 乳房補正具	
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	円	円	
	申請額	円	円	
助成金交付申請額 【申請額の合計を記入】			円	
(備考)				
1. 購入費用は、税込額とする。				
2. 申請額は、購入費用額（千円未満は切り捨てる。）とし、上限は2万円とする。				
(添付書類)				
1. 補正具の購入額が確認できる領収書（宛名、購入日、金額、購入内容、領収書の発行者がわかるもの）				
2. 診療明細書等がんの治療を受けていることが分かる書類				

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本支店名	本店 ・ 支店 支所 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義人	
	ゆうちょ銀行	記号	番号	

※過去の岐阜県がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請 : 有・無