

申請日 年 月 日

神流町長 様

申請者氏名 _____ 印
(補助対象者が未成年の場合、法定代理人の氏名を記載)

関係書類を添えて次のとおり補正具購入経費の補助を申請します。

なお、申請にあたり次のことについて同意します。

町が本申請の審査に必要な範囲で、町が保有する住民基本台帳及び町税の納入状況等の確認を行うこと。

町が本申請の審査に必要な範囲で、医療機関に治療内容及び対象補正具の購入先に購入内容を照会すること。

町が群馬県に対して当該補助実績に係る情報を提供すること。

補助対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名			
申請者※	フリガナ		補助対象者との続柄	
	氏名			
過去の補助実績	住所	〒 -	電話	()
	フリガナ			
過去の補助実績	過去に県内市町村からがん治療に伴う医療用ウィッグ(装着時に皮膚を保護するネット含む。)購入経費の補助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:)		
	過去に県内市町村からがん治療に伴う胸部補正具(補正下着(下着とともに使用するパッド含む。)又は人工乳房(乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。))購入経費の補助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:)		
補助対象経費	補正具の種類	医療用等ウィッグ又は帽子 <small>(装着時に皮膚を保護するネット含む)</small>	胸部補正具(補正下着又は人工乳房のいずれか)	
	購入日	年 月 日	補正下着 <small>(下着とともに使用するパッド含む)</small>	人工乳房
	購入費用	ア 円(税込)	エ (補整下着の金額) 円(税込)	キ (人工乳房の金額) 円(税込)
	補助限度額	イ 30,000 円	オ 10,000 円	ク 20,000 円
	補助対象額	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	ケ【キ又はクのうちいずれか低い額】 円
補助申請額	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	<input type="checkbox"/> がん治療に関するお薬手帳・診療明細書・治療方針計画書などの写し <input type="checkbox"/> 領収書(購入日、品目、金額、台数入り。医療用ウィッグは「医療用」、乳房補正具は「補正下着」又は「人工乳房」の記載のあるもの。写し可。)			
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 ・ 当座		
	口座名義人(フリガナ)			

※受診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。

事務使用欄			
申請受理年月日 ※記入不要	年 月 日	決定年月日 ※記入不要	年 月 日
神流町がん患者アピアランスサポート事業補助金交付要綱第2条第1項第1号から第4号に規定する者であることを確認しました。		担当者	