

那賀町がん患者医療用補正具助成事業助成金交付申請書



那賀町長 殿

申請日 年 月 日

申請者

郵便番号

住 所

氏 名

(未成年の場合保護者等氏名)

対象者との続柄

(連絡がとれる連絡先を記載してください)

電話番号

那賀町がん患者医療用補正具助成金の交付を受けたいので、那賀町がん患者医療用補正具助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり必要書類を添えて申請します。なお、申請にあたり次のことに同意します。

【確認事項】 (□にチェック☑をしてください。)

- ☐ 過去に那賀町及び他の自治体を実施する医療用補正具等購入にかかる同様の助成を受けていません。
- ☐ 申請にかかる対象経費について、医療保険各法による医療に関する給付、並びに国又は他地方公共団体の助成対象ではありません。
- ☐ この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報及び町税、町へ納付すべき保険料等の滞納の有無等について那賀町が閲覧調査することに同意します。
- ☐ 那賀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に同意します。

助成対象者	(フリガナ)		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
	氏名	□申請者と同じ		
	住所	□申請者と同じ 〒 ー 那賀郡那賀町		
	居住地 (現住所と異なる場合のみ記載)		電話番号 日中連絡がつく連絡先	□申請者と同じ

助成対象経費	対象区分	医療用ウィッグ	胸部補正具	エピテーゼ
	購入年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額	円	円	円
	購入金額の1/2 (1円未満切り捨て) (ア)	円	円	円
	助成対象額 上限3万円または(ア)の いずれか低い額 (イ)	円	円	円
	助成申請額(計)	円 ※(イ)の合計額		

【添付確認書類】 (添付した書類に☑をつけてください)

- ☐ 助成対象補正具の購入に係る領収書の写し(対象者の氏名が記載されているか確認)
- ☐ 診療明細書、治療同意書、お薬手帳等がん治療を受療しているまたは過去に治療を受けたことが分かる書類
- ☐ 振込口座が分かる書類(通帳、キャッシュカードの写し等)
- ☐ 本人確認書類(個人番号カード、運転免許証等)の写し。*申請者が対象者と異なる場合は、申請者の確認ができる書類(運転免許証、個人番号カード等)も必要
- ☐ 委任状(申請者が異なる場合のみ)(※対象者が未成年の場合は委任状は不要ですが保護者等と助成対象者両方の確認書類が必要です)