様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

上市町長　宛て

申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

上市町がん患者補正具購入費用助成金交付申請書兼実績報告書

上市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、次のとおり申請し、及び報告します。

なお、交付要件の確認のため、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 |  | 生年月日（申請時における年齢） |
| 氏名 |  | 　　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 対象経費 | 補正具の種類 | 医療用ウィッグ（保護用ネット含む） | 乳房補正具（ 右 ・ 左 ） |
| 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円未満切捨 | 　　　　　　　　　　　　　　　円※1,000円未満切捨 |
| 助成金限度額（C） | 50,000円 | 左右　各　20,000円 |
| （B）又は（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、その交付の額を差し引いた額を記入。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先 | 口座振替指定金融機関 | 　　　　　　銀行　　　　　　　　　　本　店　　　　　　金庫　　　　　　　　　　支店　　　　　　農協　　　　　　　　　　出張所　　　　　　漁協 |
| 指定口座 | 1.普通　2.当座 | 口座番号（左詰で記入） |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

＜添付書類＞（１）補正具の購入に係る領収書の写し

（２）がん治療を受けている又は受けていたことがわかる書類

（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）

（３）その他町長が必要と認める書類