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。

１　助成金申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

（別紙の表の(E)の額）

２　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） |

３　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行・信用金庫  農協・信用組合 | | | | | | 本店・支店  出張所 | | | | | | |
| 振込口座 | 金融機関コード | |  |  |  |  | 支店コード | | | |  |  |  |
| 預金種別 | 1.普通　2.当座 | | | 口座番号 | |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | |  | | | | | | | | |

４　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

別紙

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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（左） | 乳房補正具（右） |
| 購入日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 購入費用(A)　　※ | 円（税込） | 円（税込） | 円（税込） |
| 購入費用の区分 | 40,000円未満 | 20,000円未満 | 20,000円未満 |
| (A)×1/2　　　 ①  （1,000円未満切捨） | 円 | 円 | 円 |
| 加算分  ①×1/2　　　　 ② | 円 | 円 | 円 |
| 助成金額  ①+②　　　　　(B) | 円 | 円 | 円 |
| 購入費用の区分 | 40,000円～99,999円 | 20,000円～39,999円 | 20,000円～39,999円 |
| (A)×1/2　　　　③  （1,000円未満切捨） | 円 | 円 | 円 |
| 加算分　　　　　④ | 10,000円 | 5,000円 | 5,000円 |
| 助成金額  ③+④　　　　　(C) | 円 | 円 | 円 |
| 購入費用の区分 | 100,000円以上 | 40,000円以上 | 40,000円以上 |
| 助成金額 （D）  （加算分込み） | 60,000円 | 25,000円 | 25,000円 |
| 助成金申請額　 (E)  (B)(C)(D)のいずれか | 円 | 円 | 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。