

# 記入例

## (ウィッグの場合)

様式第1号(第4条関係)

令和6年10月10日

上市町長 宛て

申請者 住所 上市町法音寺1番地  
氏名 上市 花子 印 (署名又は記名押印)  
電話番号 076-472-1111

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。

申請者と対象者は同じ人  
をご記入ください

1 助成金申請額 54,000 円  
(別紙の表の(E)の額)

2 対象者

フリガナ	カミイチ ハナコ	生年月日(申請時における年齢)
氏名	上市 花子	昭和60年3月3日(39歳)

3 振込先

金融機関	北陸 銀行・信用金庫 農協・信用組合				上市 本店・支店 出張所				
振込口座	金融機関コード	0	1	4	4	支店コード	1	2	8
	預金種別	1. 普通	2. 当座	口座番号	●	●	●	●	●
	フリガナ	カミイチ ハナコ							
	口座名義	上市 花子							

4 添付書類

- 補正具の購入に係る領収書の写し
- がん治療を受けている又は受けていたことが  
(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)
- その他町長が必要と認める書類

対象者の本人名義の口座となります  
通帳やキャッシュカードの写しなどを  
添付してください

## 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	令和6年6月10日	年 月 日	年 月 日
購入費用(A) ※	89,500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)	44,000円	円	円
加算分 ④	10,000円	5,000円	5,000円
助成金額 ③ + ④ (C)	54,000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	54,000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。