

八峰町がん患者医療用補正具購入費補助金交付申請書

年 月 日

八峰町長 様

申請者 住 所 八峰町 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

八峰町がん患者医療用補正具購入費補助金交付要綱第5条の規定に基づき補助金を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、必要がある場合に、町が関係機関へ診療明細等の照会をすることに同意します。

対象者	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	年 月 日
	住 所	〒 八峰町		
	電話番号			
購入した補正具		種 類	購入年月日	購入費用
		乳房 ・ 頭髪 (どちらかに○印)	年 月 日	円
補助金交付申請額の算定				
補正具購入費用	秋田県の補助額	差引自己負担額	八峰町の補助額 (補助上限額又はウのいずれか低い額)	合計補助金交付額
ア 円	イ 円	ウ (ア-イ) 円	エ 円	オ (イ+エ) 円

乳房補正具は 20,000 円、頭髪補正具は 30,000 円を補助上限額とする。

※添付書類

- (1) 補正具の購入に係る領収書の写し
- (2) 化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など、がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類の写し