

様式第1号（第6条関係）

多賀町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

多賀町長 あて

(申請者) 住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 () _____

下記のとおり、多賀町がん患者医療用補正具購入費助成金の交付を受けたいので申請します。

対象者	フリガナ		生 年 月 日				
	氏 名		年 月 日				
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____					
がんの治療状況	医療機関名	主 治 医 名	治療方法				
			手術・放射線・薬剤 そ の 他 ()				
がん治療を受けていることを証する書類	・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・その他 () ※いずれかを○で囲んでください。						
補正具等が必要な理由							
購入した補正具等 ※ 該当の補正具等を○で囲んでください	種類	購 入 年 月 日	購入経費				
	・ウィッグ、ネット ・帽子 ・補正下着等	年 月 日	円				
他の公的助成金受給の有無	無 ・ 有(助成額： 円)						
交付申請金額	※1万円または購入額のいずれか少ない額(1000円未満切り捨て) _____ 円						
振込先	銀行 信金 本店 支店 信組 農協 出張所	金融機関コード					
	預金種別	1 普通	2 当座	口 座 番 号			
	フリガナ 口座名義人						

