様式第1号（第５条関係）

年　　月　　日

（宛先）阿賀町長

阿賀町がん患者医療用補整具購入費助成申請書

阿賀町がん患者医療用補整具購入費の助成について、関係書類を添付して申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 助成対象者との続　　　　柄 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 電話番号 |  |
| 住　　所 | （〒　　－　　　　） |
| 助成対象者 | * 申請者と同じ（申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要です）
 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 氏　　名 |  | 電話番号 |  |
| 住　　所 | （〒　　－　　　　） |
| 過去における本事業による助成の有無 | 無　・　有　（　ウィッグ　・　胸部補整具　・　人工乳房等　） |
| 助成対象費用 | 区分 | □ウィッグ | □胸部補整具 | □人工乳房等 |
| 購入日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 購入金額 | 円（税込） | 円（税込） | 円（税込） |
| 購入金額×1/2 | ア　　　　　　　　円(1円未満切捨) | エ　　　　　　　　円(1円未満切捨) | キ　　　　　　　　円(1円未満切捨) |
| 助成上限額 | イ　　　２５，０００円 | オ　　　２５，０００円 | ク　　　　５０，０００円 |
| 助成額 | ア又はイのいずれか低い額 | エ又はオのいずれか低い額 | キ又はクのいずれか低い額 |
| ウ　　　　　　　　　円 | カ　　　　　　　　　円 | ケ　　　　　　　　　　円 |
| 助成合計額 | 円（ウ＋カ＋ケ） |
| 添付書類 | □補整具購入時の領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳、領収書発行者の名称の記載があるもの）□がん治療の内容が確認できる書類の写し(医療機関の発行する化学療法等に関する説明書や診断書または治療方針計画書等)□振込先口座（申請者名義に限る）の通帳の写し□その他町長が必要とする書類（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫信組・農協 | 支店名 | 本店・支店出張所 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人(申請者と同一) | フリガナ |
| 普通・当座(どちらかに○) | 氏名 |

（裏面あり）

阿賀町がん患者医療用補整具購入費助成に関する同意書兼誓約書

　　申請者本人について、下記内容に同意できる又は宣誓できる場合には□にチェックを入れ

署名してください。

* 氏名、住所、生年月日及び続柄について、住民基本台帳にて確認することを同意します。
* 町税の納付状況、徴収の猶予・課税の免除の申請等の状況について、税務担当課へ照会することを同意します。
* 本申請に関する補整具について、購入した店舗等に照会する場合があることを同意します。
* 購入費用の助成をうけた補整具について、他の地方公共団体からの助成等は受けていません。
* 購入費用の助成をうけた補整具について、目的に反した使用や譲渡、貸与又は担保には供しません。

　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　署名