

鶴田町がん患者医療用補整具購入費助成事業申請書兼請求書

年 月 日

鶴田町長 殿

次のとおり、がん患者医療用補整具購入費の助成を申請します。

また、下記の事項について、誓約又は承諾します。

申請者	フリガナ		生年 月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	〒 (対象者との続柄:) 電話番号 — —		
対象者	フリガナ		生年 月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	住 所	〒 電話番号 — —		

- ・申請者と対象者が同じ場合、対象者の記入は省略できます。
- ・申請者が対象者の3親等以内かつ町内在住の場合は委任状(様式第3号)は不要です。それ以外の方は委任状を提出してください。

振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協 店		
	口座種別	普通	その他	口座番号
	フリガナ			
	口座名義人 (保護者名等)			

誓約書兼承諾書

1. この申請について、過去に当町又は他の地方公共団体が実施する事業により同種の補整具購入費用の助成を受けたことがありません。
2. この申請のために、鶴田町の職員が申請の内容等について鶴田町以外の地方公共団体又は医療機関に対し照会すること。
3. この申請のために、鶴田町の職員が私の住所の有無及び納税状況の確認をすること。

※以下には記入しないでください。

申請品目		医療機関等に 支払った額	助成対象と なる金額(A)	助成上限金額	助成金交付額 ※(A)×1/2と30,000円 のうち、低い方の金額
ウィッグ		円	円	円	円
乳房補整具	左	円	円	円	円
	右	円	円	円	円