

葛巻町長 様

申請者

氏 名

住 所

電話番号

葛巻町がん患者医療用補正具購入事業補助金交付申請書兼請求書

標記補助金の交付を受けたいので、葛巻町補助金交付規則（昭和35年葛巻町規則第5号）及び葛巻町がん患者医療用補正具購入事業補助金交付要綱の規定に基づき、関係書類等を添えて申請いたします。

なお、申請内容の確認のため、住民基本台帳を閲覧すること、並びに病名及び治療方法等について医療機関等に問い合わせることに同意します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	葛巻町 葛巻・江刈・田部字		
補正具の種類	1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具（ 右側 ・ 左側 ）		
購入金額	円	購入年月日	年 月 日
交付申請額 （請求額）	円 （購入金額又は補助限度額のいずれか低い方の額）		
振 込 先	金融機関名		支店名
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
	フリガナ 口座名義		

添付書類

- がん治療受診証明書（様式第2号）又は治療内容を証明する書類
- 購入した補正具の品目、年月日、金額を証明する書類の写し（領収書等）
- 本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証など）

処理欄	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳登録（住所を葛巻町に有しているか） <input type="checkbox"/> 補助金対象者（本人確認など） <input type="checkbox"/> がん治療受診証明書（様式第2号）等、治療内容を証明する書類 <input type="checkbox"/> 領収書等、購入内容を証明する書類 上記のとおり、補助要件に該当することを認める。
	取扱者 _____ 担当課長 _____