様式第1号（第7条関係）

利根町がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

助成対象者	ふりがな		生年月日
	氏　名		年　　月　　日（　　歳）
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（　　）

補助具の種類	ウィッグ	□ 購入日　　年　　月　　日 □ レンタル期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	
		□ 購入額（税込） □ レンタル額（税込）	円 円
		県の補助金交付　（ 有 ・ 無 ） ※有の場合は金額を記入	円
		対象費用 ※購入額から県の補助額を差し引いた額	［ア］　円
		申請額 （ 対象経費が1万円に満たないときは ［ア］の金額 ）	円
	乳房補整具	□ 購入日　　年　　月　　日 □ レンタル期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	
		□ 購入額（税込） □ レンタル額（税込）	円 円
		県の補助金交付　（ 有 ・ 無 ） ※有の場合は金額を記入	円
		対象費用 ※購入額から県の補助額を差し引いた額	［イ］　円
		申請額 （ 対象経費が1万円に満たないときは ［イ］の金額 ）	円

申請 （請求） 金額（ウィッグと乳房補整の申請額の合計　円

振込金融機関	金融機関名	銀行 ・ 金庫 農協 ・ 組合	本店 ・ 支店 ・ 本所 支所 ・ 出張所	
	預金種目	普通 ・ 普通以外 （種別:　　）	口座番号	
	ふりがな 口座名義			

利根町がん患者ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので，関係書類を添え申請（請求）します。なお，次のことについて同意します。

□ 助成金 の交付決定に必要な範囲内おいて町が保有する私に関する情報を利用すること。
□ 町が茨城県に補助金の交付内容を照会すること。
□ 町が医療機関に治療内容及び購入・レンタル先に購入・レンタル内容を照会すること。

年　　月　　日

申請者　〒
住　所
氏　名
電話番号

利根町長　宛て