## 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

株 名   本語   本語   大	助成対象者	ふりがな			生年月日						
日本   日本   日本   日本   日本   日本   日本   日本		氏 名				年	月	日	(	歳)	
ウィック   日本   日本   日本   日本   日本   日本   日本   日							□手術	□放	射線	□薬剤 )	
ウィッグ   ウィッグ   ウィッグ   ウィッグ   タネ   ウィッグ   タネ   カッシュ   カッ		ウィッグ	□ レンタル期間	·			年		月		
## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ## ##				込)							
対象費用   ※購入額から県の補助額を差し引いた額					無 )					円	
接換   接換   接換   接換   上の   上の   上の   上の   上の   上の   上の   上				1記入							
補助具の   金額   一 購入目							[ア]			円	
□ レンタル期間 年 月 日 ~ 年 月 日 □ 購入額(税込) □ レンタル類(税込) □ レンタル類(税込) □ レンタル類(税込) □ 円 ※ 表の場合は金額を記入 対象費用 ※ 購入額から県の補助額を差し引いた額 申請額 (対象経費が1万円に満たないときは [イ]の						[ア]の				円	
□ 購入額(税込) 円 円 収				•			左		Н	П	
現房補整具				+		Н	1		Л		
乳房神整具   ※有の場合は金額を記入   対象費用   ※購入額から県の補助額を差し引いた額   日   一   中請額 ( 対象経費が1万円に満たないときは [イ]の   中請額 ( 対象経費が1万円に満たないときは [イ]の   日   上   全額										円	
対象費用 ※購入額から県の補助額を差し引いた額 申請額 (対象経費が1万円に満たないときは [イ]の 金額 )  申請 (請求) 金額(ウィッグと乳房補整の申請額の合計  四  振 金融 機関名		乳房補整具		, ,,	無 )					円	
※購入額から県の補助額を差し引いた額							[/]			Ш	
● 章 (請求) 金額(ウィッグと乳房補整の申請額の合計 円						. [ ] _	[.1]			1.1	
振 金融 機関名				ずか1万円に満た 	ないときは	[1]の				円	
振り 機関名 農協・組合 支所・出張所 預金種目 普通・普通以外 (種別: ) ロ座番号	申請 (請求) 金額(ウィッグと乳房補整の申請額の合計 円										
預金種目   普通・ 普通以外 (種別: )   口座番号   日座番号   日本   日本   日本   日本   日本   日本   日本   日	加ス   地質目の										
機関	金四分纸	普通 •		\	口座番	:号					
□   □   □   □   □   □   □   □   □   □	機といがわ		(个里方门:	)				<u> </u>			
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											
□ 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											
□ 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	, · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·										
年 月 日 申請者 〒 住 所 氏 名 電話番号	□ 町が茨城県に補助金の交付内容を照会すること。										
申請者 〒 住 所 氏 名 電話番号	□ 町が医療	療機関に治療	索内容及び購入・レ	ンタル先に購え	人・レンタバ	レ内容を用	<b>役会するこ</b>	.と。			
住 所 氏 名 電話番号			中誌老			年	月	日			
			住 氏	名							
TUTK = 1   X											