

令和8年度六戸町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

六戸町長 宛

申請者 住所
氏名 印
(対象者が未成年の場合 続柄)
電話番号 - -

令和8年度六戸町がん患者医療用補正具購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

助成対象者	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)			
	氏 名	印					
	住 所	〒 (電話番号 - -)					
☐ 他の自治体、治療を受けた医療機関及び医療用補正具等の購入先に助成対象者の照会することについて同意します。 ☐ 助成金の交付の決定のために町が保有する助成対象者の住民票に関する情報を利用することについて、同意します。							
他からの助成の有無（該当するものを○で囲む）			有・無				
助成対象経費	補正具の種類	医療用ウィッグ			胸部補正具		
	購入年月日 (領収書等の日付)	年 月 日			年 月 日		
	購入費用	ア 円(税込)			エ 円(税込)		
	購入費用の 1/2の額	イ (アの1/2の額、百円未満切り捨て) 00円			オ (エの1/2の額、百円未満切り捨て) 00円		
	助成対象額	ウ (イ又は3万円のいずれか低い方の額) 00円			カ (オ又は3万円のいずれか低い方の額) 00円		
交付申請額（ウとカの合計金額）					00円		
振込先	金融機関	銀行・信用金庫 農協・組合			本店・支店・出張所 本所・支所		
	預金種別	普通・当座	口座番号			(右詰記入)	
	フリガナ						
	口座名義						

添付書類

1. がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類（診断書、診療明細書等）
 2. 補正具を購入したことを証明する書類（領収書等）
 3. 振込を希望する銀行口座が確認できる書類の写し
 4. 助成対象者の住民票（住民票に関する情報の利用に同意した場合は省略可）
 5. 申請者本人を確認する書類、又はその写し（マイナンバーカード、運転免許証、健康保険被保険者証等）
- ※申請者と振込先の口座名義人は同一であること。