

弥彦村がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

弥彦村長 様

弥彦村がん患者医療用補正具購入費助成を受けたいので、関係書類を添付して申請します。

申請者	フリガナ			助成対象者との続柄		
	氏名					
	生年月日	年	月	日	電話番号	
	住所	〒 弥彦村				
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同一の場合、助成対象者欄は記載不要です）					
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名			電話番号		
	住所	〒 弥彦村				
過去における補正具の公的助成受給の有無（他自治体等含む）		無・有（医療用ウィッグ・胸部補正具（右・左）・人工乳房等（右・左）） ※区分ごとに1回を限度に助成（ただし、胸部補正具と人工乳房等は、左右各1回を限度）				
助成対象費用	区分	医療用ウィッグ		乳房補正具（右・左）	人工乳房等（右・左）	
	購入日	年	月	日	年 月 日	
	購入金額	㊦	円（税込）		㊧	円（税込）
	助成上限額	㊨	30,000円		㊩	30,000円
	助成額 （1,000円未満切捨）	㊪	又は㊨のいずれか低い額 円		㊫	又は㊩のいずれか低い額 円
助成合計額		円（㊬+㊭+㊮）				
添付書類	<input type="checkbox"/> がんと診断され、かつ、その治療を受けた者又は現に受けていることを証明する書類 <input type="checkbox"/> がん治療に起因する脱毛又はがん治療による乳房の切除に伴う補正具が必要であること又は必要となることが想定されることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 補正具の領収書（宛名、購入日、購入金額、購入品目、金額の内訳及び領収書発行者の名称の記載があるもの）の写し <input type="checkbox"/> 商品カタログ等購入した補正具が確認できるもの <input type="checkbox"/> 振込先口座（申請者名義の口座に限る）の通帳の写し（金融機関名、本支店名、口座種別、口座番号、口座名義人のわかるもの）の写し <input type="checkbox"/> 上記のほか、村長が認める書類					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協			支店名	本店・支店 出張所
	口座番号					フリガナ
	普通・当座					口座名義人 （申請者と同一）

備考：□には、該当する場合に「✓」印を付けてください。

弥彦村がん患者医療用補正具購入費助成に関する同意書兼誓約書

次に掲げる事項について、同意・誓約します。

1 同意する事項

- (1) 氏名、住所、生年月日及び続柄について、村の住民基本台帳で確認すること。
- (2) 申請に係る補正具について、購入した店舗等に照会すること。
- (3) 申請に係る補正具について、医療機関に治療内容を照会すること。
- (4) 村税の課税状況の確認を行うこと及び必要な資料（税情報含む。）の情報提供等を他の行政機関等へ照会すること。

2 誓約する事項

- (1) 申請内容について、事実に相違ありません。
- (2) 村から調査等の求めがあった場合は、これに応じます。
- (3) 申請に係る補正具について、国又は他の地方公共団体等からの助成等は受けていません。
- (4) 虚偽や不正等が判明した場合は、村の指示に従い助成金を返還します。

年 月 日

署名 _____