大潟村がん患者用医療用補正具助成事業申請書兼請求書

大潟村長	様					年	月	日
) (1mg 1 2×	100		申請者	<u>住</u>	所大潟村			
				氏	名			印
			電話	番号				

関係書類を添えて、次のとおり補正具購入経費の助成を申請します。 なお、次のことについて同意します。

- □ 村が必要に応じて、医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会する場合があること。
- □ 村が住民であるかどうかを確認するため、住民記録の確認をすること。

交付申請額 円

対象者氏名							生年	月日		年	月	日
補	正	具		ロゥ	゚゚゙゙゙゙゙゙゚゚゙゚゙゙゙゙゙゙゙゚゚゚゙゙゙゙゙゙゚゚゙゙゙゙゙゙゚゚゙゚゙	•			乳房右 (左右ど			
購	入 月	日			年	月	日			年	月	日
購	入 金	額	(上限4万5千円)				円	(上限37			円	
振		先	金 機 関 名					支 店 名				
	込		預金種別	普通	•	当座		口座番号				
			ふ り	がな								
			口座	名 義								

※添付書類

- (1) 化学療法又は手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など (上記の書類が無い場合は、村様式「がん治療受診証明書(様式第2号)」 *記載にかかる費用は申請者の自己負担となります。)
- (2) 領収証書(購入日、品目、金額入り。ウィッグは「全頭用」の記載のあるもの。 乳房補正具は「補正パッド」又は「人工乳房」の記載のあるもの。)