

様式第1号（第5関係）

年 月 日

平泉町長 様

申請者 住 所
氏 名
連絡先

印（続柄 ）

平泉町がん患者医療用補正具購入費助成金交付申請書

平泉町がん患者医療用補正具購入費助成金について、平泉町がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第5の規定により、次のとおり申請します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	(申請者が本人の場合は記入不要)		
補正具の種類	1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具 (右側・左側)		
購入金額	円		
交付申請額 (請求額)	円 (購入金額の全額又は助成限度額のいずれか低い額)		

添付書類

- (1) がん治療受診証明書（様式第2号）又は治療内容を証明する書類の写し
- (2) 補正具の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し（領収書等）
- (3) 本人を確認する書類の写し