様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

関川村長

申請者　住　　所　関川村大字
氏　　名
電話番号

関川村がん患者医療用補整具購入費助成申請書

がん患者医療用補整具購入費の助成を受けたいので、関川村がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱第５条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

区　　分	医療用ウィッグ	乳房補整具	人工乳房等
購　入　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
購入金額（税込）	円	円	円

下記指定口座への振り込みを依頼します。　※申請者名義の口座に限る

振込先口座	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合					本店 支店				
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号								
	フ リ ガ ナ										
	口座名義人										

【誓約・同意事項】以下に同意する場合は、右の□に✓を入れてください。　□同意する

・この申請に係る情報について、村が必要と認めるときは、各担当課、他市町村、医療機関等への調査を行います
・申請に係る補整具について、国又は他の団体から類似する助成を受けていません
・申請内容に偽りがあった場合や相違があり、要件に該当しなかった場合には、受け取った助成金を返還します

【添付書類等】

□がんと診断され、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整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
□補整具の種類、購入者、購入日、購入金額を確認することができる書類
□商品カタログ等の購入した補整具を確認することができるものの写し
□振込先口座がわかるものの写し