

様式第 1 号（第 5 条関係）

湖南省がん患者医療用等補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

湖南省長 宛

(申請者) 住 所
氏 名
電 話 ()

下記のとおり医療用補正具購入費助成金の交付を受けたいので申請します。
また、助成金の交付の決定のため、私の世帯の住民登録資料その他について、各関係機関に調査、照会又は閲覧することを承諾します。

対象者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	〒 電話番号		
がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法	
			手術・放射線・薬剤 その他()	
がん治療を受けていることを証する書類	・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・その他() ※いずれかを○で囲んでください。			
補正具等が必要な理由				
購入した補正具等 ※ 該当の補正具等を ○で囲んでください	種類	購入年月日	購入経費	
	1. 医療用ウィッグ 2. 帽子 3. 乳房補正具(右側) 4. 乳房補正具(左側)	年 月 日	円	
他の公的助成金受給の有無	有 ・ 無			
申請金額の算定			助成金申請金額 円	
補正具等 購入経費	アの1/2の額	助成単価上限額又は イのいずれか低い額		
ア 円	イ 円	ウ 円		

振込先	銀行 信金 本店 支店 信組 農協 出張所		金融機関コード				
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号				
	フリガナ 口座名義人						

※ 補正具等の種類ごとに、申請書を1枚提出すること。