

様式第1号（第4条関係）

湖南省がん患者等医療用補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

湖南省長 へ

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

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、税務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	年 月 日	円	
	2. 乳房補正具(右側)			
3. 乳房補正具(左側)				
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	
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	円	

振込先	銀行 信金	本店 支店	金融機関コード			
	信組 農協	出張所
	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。