

様式第1号（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

清水町がん患者医療用補整具購入支援事業費助成金交付申請書

清水町長 様

年 月 日

清水町がん患者医療用補整具購入支援事業費助成金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

申請者	ふりがな		助成対象者との関係	
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所	電話		
助成対象者 (申請者と同じ であれば記入 不要)	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所	電話		
助成の対象 となる経費	補整具の 種類	医療用ウィッグ (全頭用かつら)	乳房補整具（補整下着又は人工乳房のいずれか）	
			補整下着 (下着と共に使用するパッドを含む。)	人工乳房
	購入日	年 月 日	年 月 日	
	購入費用	円	円	円
助成申請額		円		
過去における医療用補整具購入費に係る助成金の有無			有 ・ 無	
備考				