様式第１号（第５条関係）

三種町がん患者医療用補正具購入費補助金交付申請書

年　　月　　日

三種町長　様

申請者　住所

氏名

電話番号

※職員使用欄

【本人確認書類】

□マイナンバーカード　□運転免許証　□健康保険証

□パスポート　□その他（　　　　　　　　　　　）

　三種町がん患者医療用補正具購入費補助金交付要綱第５条第１項の規定に基づき補助を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

交付申請額　　　　　　　　　　　　円

〈　内　訳　〉

※添付書類

1. 補正具の購入に係る領収書の写し
2. がん治療受診証明書（様式第２号）又は治療方針計画書等