

矢板市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

矢板市長 様

申請者 住 所
氏 名 (※)
電話番号

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

矢板市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付要綱第6条第1項の規定に基づき、がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

また、この申請の審査にあたり、市税等納付状況について、矢板市が調査確認することに同意します。

記

対象者	フリガナ		生年月日	性別	住民となった年月日
	氏 名		年 月 日	男・女	年 月 日
がんの治療状況	医療機関名	主治医		治療方法	
				手術 ・ 放射線 ・ 薬剤 その他 ()	
がんの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 () ※該当するものを○で囲む				
購入した補整具	医療用 ウィッグ	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9※100円未満切捨	
		年 月 日		(ア)	円
	乳房補整具 (右側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9※100円未満切捨	
		年 月 日		(イ)	円
	乳房補整具 (左側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9※100円未満切捨	
		年 月 日		(ウ)	円
申請金額の算定	医療用 ウィッグ	助成金額限度額(30,000円)と(ア)の いずれか低い額		(A)	円
	乳房補整具 (右側)	助成金額限度額(20,000円)と(イ)の いずれか低い額		(B)	円
	乳房補整具 (左側)	助成金額限度額(20,000円)と(ウ)の いずれか低い額		(C)	円
助成金申請額	(A) + (B) + (C)				円
振込先	金融機関名		支店名		
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号	
	フリガナ				
	口座名義人				

※添付書類

- ①がん治療を受けていることを証する書類（コピー可）
- ②補整具の購入年月日及び購入経費の明細を証する書類
- ③医療用ウィッグについては、脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証する書類
- ④その他市長が必要と認める書類