

様式第1号（第5条関係）

大崎市がん患者医療用ウィッグ購入助成金交付申請書

年 月 日

大崎市長 様

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

電話番号 _____

大崎市がん患者医療用ウィッグ購入助成金交付要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

助成対象者	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名			男・女	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・化学・放射線 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・わたしのカルテ がん診療パス・その他 (_____)					
ウィッグが必要な理由	就労のため・社会参加のため・その他 (_____)					
他の公的助成金受給の有無		有 _____ ・ 無 _____				
購入したウィッグ	購入年月日			購入経費（ウィッグ税込価格）		
	年 月 日			※ウィッグ1台分の価格で、付属品等は含まない。 円		
申請金額の算定						助成金申請金額
ウィッグの購入経費	アの1/2の額 ※1,000円未満切捨て	30,000円又はイのいずれか低い額				
ア 円	イ 円	ウ 円				
振込先	本店	銀行 信金 信組 農協 労金 支店・出張所	口座番号 (左詰め)			
	預金種別	普通・当座	金融機関コード			
	口座名義人	(カタカナ) (漢字)				

※添付書類

- ・がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていることを証する書類の写し
- ・照会同意書（様式第3号）
- ・ウィッグ購入に係る領収書の写し又は支払の事実が確認できる書類
- ・振込先通帳の写し