

様式第 1 号（第 6 条関係）

大郷町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

大郷町長 殿

住 所 大郷町

申請者

氏 名

㊞（続柄 ）

大郷町医療用ウィッグ等購入費助成事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。また、申請にあたっては、下記の内容に相違ありません。

対象者	フリガナ			性 別	男 ・ 女			
	氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	〒 大郷町 (Tel. - -)						
がんの治療状況		医療機関名			主治医名			
がん治療を受けていることを証する書類		がん治療証明書 ・ 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 ()						
申請する補正具等		1 医療用ウィッグ（本体） 2 乳房補正具（ 右側 ・ 左側 ）						
購 入 年 月 日		年 月 日						
他の公的助成金受給の有無		1 無 2 有（ 年度： 医療用ウィッグ ・ 乳房補正具 ）						
助成金申請金額		購入金額_____円（税込）× 1 / 2 ※助成額上限 2 0 , 0 0 0 円						
振込希望金融機関	口座名義人	(フリガナ) (漢 字)						
	金融機関名	銀行 信金 本店 農協 信組 支店 労金 出張所						
	種別・口座番号	普通 ・ 当座						

添付書類

- 補正具等の購入に係る領収書の写し又は支払いの事実が確認できる書類
- 個人情報に関する照会・調査同意書（様式第 2 号）
- がん治療受診証明書（様式第 3 号）又はがん治療を受けていることを証する書類の写し