

別記様式第1号（第5条関係）

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

那須烏山市長 宛て

申請者 住 所
氏 名
連絡先

㊟

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いので、那須烏山市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業実施規程第5条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請兼請求をします。

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

対象者	ふりがな			生年月日	性別	
	氏名			年 月 日	男 ・ 女	
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		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 ※1円未満切捨		
				(ア)	円	
	乳房補整具(右側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9 ※1円未満切捨		
				(イ)	円	
	乳房補整具(左側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9 ※1円未満切捨		
				(ウ)	円	
申請金額の算定	医療用ウィッグ	補助金額限度額(30,000円)と(ア)のいずれか低い額		(A)	円	
	右側用乳房補整具	補助金額限度額(20,000円)と(イ)のいずれか低い額		(B)	円	
	左側用乳房補整具	補助金額限度額(20,000円)と(ウ)のいずれか低い額		(C)	円	
補助金申請額		(A) + (B) + (C) の合計			円	
振込先		金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店 出張所	
		預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
		ふりがな				
		口座名義				

※ 添付書類

- ① がん治療を受けていること、又は受けていたことを証する書類
- ② 補整具又は医療用ウィッグ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 ほかに補助金等の受給があるときは、その交付決定通知書等（コピー可）
- ⑤ 通帳の写しを添付してください。