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・治癒方針計画書 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※該当するものを〇で囲む | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　　本店・支店  　　　　　　　農協・信用組合　　　　　　　　　　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。