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。