

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。