

## 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

## 【申請及び請求者又は請求書発行責任者】

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、住民登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○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	
	乳房補整具 (右側)	購入年月日	購入経費	(ア)	円
	乳房補整具 (左側)	購入年月日	購入経費	(イ)	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。