

様式第1号（第5条関係）

岬町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

岬町長

申請者

住所 岬町 _____

氏名 _____

助成対象者との続柄 (_____)

電話番号 _____

〔助成対象者が未成年の場合は、保護者の氏名をご記入ください。〕

岬町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、関係書類を添え、下記のとおり申請及び請求します。

なお、申請するに当たり、岬町が私及び私の世帯の町税の滞納の有無に関する情報など、助成金の交付に関し必要な事項を照会及び確認することに同意します。

記

助成対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	岬町		
助成対象費用等	・医療用ウィッグ (□ウィッグ □毛付き帽子 □帽子 □インナーキャップ) ・乳房補正具 (□補正下着 □補正パッド □人工乳房 □人工乳頭)			
		円	購入日	年 月 日
	他からの助成の有無 □あり □なし			
交付申請・請求額	円 ※購入額の1/2 (上限1万円)			
振込先	金融機関名		銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義			
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療に関する説明書や医師の診断書、治療方針計画書など (※1) <input type="checkbox"/> 対象補正具の購入にかかる領収書 (※2) <input type="checkbox"/> 振込先金融機関の通帳またはカードの写し			
委任状				
私は、上記の申請者に助成金交付申請及び請求についての権限を委任します。				
(助成対象者) _____				
(申請者と助成対象者が異なる場合、署名してください。※保護者の場合は不要)				

※1 がん治療を受けている、又は過去に受けた後経過観察中で通院していることを証明する書類で、ウィッグの場合は抗がん剤等の使用など治療内容が分かるもの、乳房補正具の場合は外科的治療による乳房摘出術と部位を証明するもの (コピー可)

※2 「購入者」「購入額」「購入日」「品名」「領収書発行元」が分かるもの

