

一宮市がん患者医療用ウィッグ等購入補助金交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 一宮市長

申請者 住所 〒
一宮市
氏名
補助対象者との続柄
電話番号

※補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

関係書類を添えて下記のとおり医療用ウィッグ等購入費の補助金交付を申請します。また、補助対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	ふりがな			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
がんの治療状況		医療機関名			
		疾患名			
		治療方法	手術・放射線・薬剤・その他 ()		
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類		・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・医療行為同意書 ・診療明細書 ・その他 () ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
補助対象経費	補整具の種類	医療用ウィッグ		乳房補整具	
	本補助金及び他からの助成の有無	無 有 ()		無 有 ()	
	購入年月日 (領収書の日付)	令和 年 月 日		令和 年 月 日	
	領収書の宛名及び本人との続柄	(続柄)		(続柄)	
	購入費用	① 円 (税込)		② 円 (税込)	
	補助対象額	③ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円		④ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円	
補助金交付申請額 (③と④の合計額を記入してください。)				円	

(承認・不承認) 決定年月日		受給者番号						
-------------------	--	-------	--	--	--	--	--	--

(本人確認) 確認済 (個人番号カード、運転免許証、旅券、その他)

(添付書類)

1. がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類の写し (医療用ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容 (抗がん剤名等)・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。)

2. 補整具の購入に係る領収書 (原本) (購入者の氏名、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称及び所在地の記載があるもの。)

※申請者が窓口へ来られない場合は、下記の委任欄への記入又は委任状が必要です。(対象者が未成年の場合を除く。)

委 任 欄

代理人 (住 所)

(氏 名)

(生年月日) 年 月 日

(電話番号)

(委任者との関係)

私は、上記の者を代理人と定め、一宮市がん患者医療用ウィッグ等購入補助金の申請書類の提出を委任します。

令和 年 月 日

委任者 (住 所)

(氏 名)

(生年月日) 年 月 日

- 1 委任者が自署してください。
- 2 申請の際に、来所した方が委任を受けた代理人本人であることが確認できるもの (個人番号カード、運転免許証等) を提示してください。
- 3 この委任欄に限らず、要件が整っていれば任意様式の委任状でも結構です。