

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

記入しないでください。

(あて先) 一 宮 市 長

申請者 住所 № 491-0076

一宮市 古金町1丁目3番地

氏名 一宮 花子

補助対象者との続柄 本人

電話番号 0586-52-3851

※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。

**患者の方を申請者としてください。
未成年の場合は、保護者を申請者としてください。**



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	いちのみや はなこ		生年月日	1983 年 5 月 12 日	
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ				
がんの治療状況		医療機関名	○○病院			
		疾患名	○○○○○○			
		治療方法	手術・放射線・ <input checked="" type="checkbox"/> 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		<ul style="list-style-type: none"> ・お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/>治療方針計画書 ・診療明細書 ・その他() <p>※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。</p>				
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	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		無 <input type="checkbox"/> 有()		
	購入年月日 (領収書の日付)	20 ○○ 年 7 月 1 日		年 月 日		
	領収書の宛名及び本人との続柄	一宮 花子 (続柄 本人)		(続柄)		
	購入費用	(1) 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		
補助金交付申請額 (3)と(4)の合計額を記入して下さい。						

(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)

記入しないでください。