

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

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。

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。

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		
	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	1975年 5月 12日
	住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況	医療機関名	〇〇病院		
	疾患名	〇〇〇〇〇〇		
	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、外科的治療等による乳房の変形又は顔面(眼、耳等)若しくは手指等の欠損を証明する書類	・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 エビテーゼ・毛付き帽子	医療用ウィッグ・乳房補整具 エビテーゼ・毛付き帽子	医療用ウィッグ・乳房補整具 エビテーゼ・毛付き帽子
	本補助金及び他からの助成の有無	無 有 ()	無 有 ()	無 有 ()
	購入年月日 (領収書の日付)	2026年 7月 1日	年 月 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)	(続柄)
	購入費用	① 円 ()	円 ()	円 (税込)
補助金の額	④(①の1/2又は20,000円)のうち、いずれか少ない方の額			円 ()
補助金交付申請額 (④と⑤と⑥の合計額を記入してください。)				円

記入しないでください。

(承認・不承認)		受給者番号					
決定年月日							

(本人確認) 確認済 (個人番号カード、運転免許証、旅券、その他)