

別記様式第1号（第5条関係）

音更町がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ 続柄 ()

(署名又は記名・押印)

音更町がん患者ウィッグ等購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者	ふりがな			生年月日
	氏 名			年 月 日 (歳)
	住 所	〒 _____ 電話番号 - -		
がんの治療状況	医療機関名 及び診療科			
	主治医名			
	治療方法	手術・薬物療法・放射線治療・その他 ()		
助成金申請回数	初回 ・ () 回目			
助成対象経費	<input type="checkbox"/> ウィッグ (頭皮保護ネット含)	購入年月日 (領収書の日付) 年 月 日	購入費用 (ア)	円 (税込)
	<input type="checkbox"/> 胸部補整下着	購入年月日 (領収書の日付) 年 月 日	購入費用 (イ)	円 (税込)
	<input type="checkbox"/> シリコンパッド等	購入年月日 (領収書の日付) 年 月 日	購入費用 (ウ)	円 (税込)
	助成対象額	購入費用 (ア) (イ) (ウ) の合計 (エ) 円	(エ) の 1 / 3 の額 (オ) 円	
助成金申請額	助成金上限額 (20,000 円) 又は (オ) のいずれか少ない方の額 ※2 回目以降の申請額の上限は前回の助成金の残額 円			
添付書類 (全て添付してください)	がん治療を証明する書類 (写し) ※以下のいずれか1つ 治療方針計画書・診療明細書・地域連携クリティカルパス・その他			
	補整具等の購入の日付及び費用の額が確認できる領収書 (原本)			
	口座振込依頼書 (別記第2号様式)			
備考				