

# 記入例

## 音更町がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

令和4年 4月 4日

音更町長 宛て

申請書の提出日を記入してください。

申請書が本人以外の場合は、  
続柄を記入してください。

申請者 住所 音更町新通8丁目5番地  
氏名 保健 花子 続柄 (本人)  
(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	ほけん はなこ		生年月日
	氏名	保健 花子		昭和35年5月5日(61歳)
	住所	〒080-0104 音更町新通8丁目5番地 電話番号0155-42-2712		
がんの治療状況	医療機関名及び診療科	帯広〇〇病院		
	主治医名	音更 太郎		
	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 checked="" 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)	令和4年 4月 2日	購入費用 (ア) 25,000 円 (税込)
	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部補整下着	購入年月日 (領収書の日付)	令和4年 4月 2日	購入費用 (イ) 5,000 円 (税込)
	<input checked="" type="checkbox"/> シリコンパッド等	購入年月日 (領収書の日付)	令和4年 4月 2日	購入費用 (ウ) 25,000 円 (税込)
	助成対象額	購入費用 (ア) (イ) (ウ) の合計 (エ) 55,000 円	(オ) の1/3の額 (端数切捨て) 18,333 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 18,333 円			2回目以降の助成額の上限は1,667円となります。
添付書類 (全て添付してください)	<input type="checkbox"/>	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		
	<input type="checkbox"/>	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)		
	<input type="checkbox"/>	口座振込依頼書 (別記第2号様式)		
備考				