

別記第1号様式（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兼口座振込依頼書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_

(署名又は記名・押印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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)
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 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)	購入費用 (ア)	
		年 月 日	円 (税込)	
	<input type="checkbox"/> 胸部補整下着	購入年月日 (領収書の日付)	購入費用 (イ)	
		年 月 日	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)	購入費用 (ウ)		
	年 月 日	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)			
備考				

裏面あり

**【振込希望口座】**

- ・金融機関又はゆうちょ銀行のどちらかを選んでご記入ください。
- ・振込口座は申請者本人名義の口座に限ります。

1 ゆうちょ銀行以外の金融機関

金融機関名	銀行 金庫 信用組合 農協	店名  本店・本所 支店・支所	預金種別				普通・当座			
(フリガナ) 口座名義人	( )	口座番号								

2 ゆうちょ銀行 (郵便局)

記号 (左詰でお書きください)	1								0	-	*	番号 (右詰でお書きください)								
*貯金通帳の表紙をめくった見開きページの上部に印字又はキャッシュカードに記載された記号・番号をお書きください。 (通常貯蓄貯金への振り込みはできません)												(フリガナ) 口座名義人	( )							