

記入例

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

申請書の提出日を記入してください。

対象者が未成年の場合は、
保護者が申請できます。

申請者 住所 音更町新通8丁目5番地
ふりがな
氏名 保健 花子 続柄 (本人)

(署名又は記名・押印)

生年月日 昭和35年 5月 5日 (61歳)

電話番号 0155-42-2712

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 checked="" 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	帯広〇〇病院〇〇科		
	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 <small>(頭皮保護ネット含)</small>	購入年月日 (領収書の日付)	購入費用 (フ)	
		令和4年 4月 2日	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)	購入費用 (イ)	
		令和4年 4月 2日	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)	購入費用 (ウ)	
		令和4年 4月 2日	25,000 円 (税込)	
助成対象額	購入費用 (ア) (イ) (ウ) の合計 (エ)		(エ) の 1/3 の額 (端数切捨て) (オ)	
	55,000 円		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			
添付書類 <small>(全て添付してください)</small>	○	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				

2回目以降の助成額の上限は
1,667円となります。

裏面あり

