

互理町がん患者医療用ウィッグ購入助成金申請書

年 月 日

互理町長 殿

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ (続柄: _____)

電話番号 _____

互理町がん患者医療用ウィッグ購入助成事業の助成金の交付を受けたいので、互理町がん患者医療用ウィッグ購入助成事業交付要綱第5条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、診療報酬明細書を閲覧すること並びに治療を受けた医療機関、ウィッグの購入先等へ照会することを承諾します。

対象者 (児)	フリガナ		性別	生年月日
	氏 名		男・女	年 月 日
	住 所	〒 _____		
	電話番号	※日中連絡がつく電話番号		
が ん の 治 療 状 況	医療機関名			
	主治医名	治療方法	手術・放射線・薬剤 その他 ()	
がん治療を受けていることを証する書類	お薬手帳 ・ 診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ わたしのカルテ がん診療パス ・ その他 ()			
ウィッグが必要な理由	就労のため ・ 社会参加のため ・ その他 ()			
他の公的助成金受給の有無	有 ・ 無			
購 入 し た ウ ィ ッ グ	購入年月日	購入経費(税込価格)※ウィッグ1台分の価格で付属品等は含まない		
	年 月 日	円		
申請金額 (助成金上限額又は購入経費のいずれか低い額)	円			

同意書	<p>助成金交付の資格審査のため、私の世帯の住民基本台帳の記録に関する事項、町民税の課税状況に関する事項について、互理町が照会及び確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">世帯主氏名 _____</p>
-----	--

助成金は、下記の口座へ振込願います。

申請者 口座振込 依頼欄	金融機関	銀行・金庫 農協	本店・支店・出張所 本所・支所・代理店
	預金種別	普通・当座	口座番号 _____
	フリガナ	_____	
	口座名義人	_____	

※注意事項：振込先は「対象者」又は「対象児の保護者」申請者名義に限ります。