

角田市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書

年 月 日

角田市長 殿

住所

氏名 (続柄)

電話番号

角田市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付要綱第5条第1項の規定により、下記の
とおり関係書類を添えて申請します。

なお、市職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、住民記録、市民税課税
台帳等の閲覧、治療を受けた医療機関及びウィッグ等購入先等へ内容を確認することについて
同意します。

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	— —							
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 ()								
ウィッグ等が必要な理由	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 ウィッグ等	購入年月日		購入品目		購入経費				
	年 月 日		ウィッグ・ 乳房補正具(右・左)		円				
申請金額の算定				助成金申請金額					
ウィッグ等の 購入経費	アの1/2の額		助成金上限額又は、 イのいずれか低い額						
ア 円	イ 円	ウ 円	円						
振 込 先	本店		銀行 信金 農協 支店	口座番号 (左づめ)					
	預 金 種 別	普通 ・ 当座		金融機関 コ ー ド					
	口座名義人	(カタカナ)							
		(漢 字)							

※注意事項 振込先は「対象者」又は「対象児の親権者」申請者名義に限ります。