

那珂川町長 宛て

申請者 住所

氏名

連絡先

那珂川町ウィッグ等購入費助成金交付申請書

那珂川町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、那珂川町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付要綱第5条に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請をします。

また、審査にあたり、住民記録及び町税等納付状況の調査を行うことに同意します。

対象者	ふりがな			生年月日	性別
	氏名			年 月 日	男 ・ 女
治療状況	医療機関名			治療方法	
				手術・放射線・薬剤・その他（ ）	
治療を受けていることを証する書類	診療報酬明細書・治療方針計画書 その他（ ）				
購入した補整具	ウィッグ	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9 *1円未満切り捨て	
				(ア) 円	
	右乳房補整具	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9 *1円未満切り捨て	
				(イ) 円	
	左乳房補整具	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9 *1円未満切り捨て	
				(ウ) 円	
申請金額の算定	ウィッグ	補助金限度額（30,000円）と（ア）のいずれか低い額		(A)	円
	右乳房補整具	補助金限度額（20,000円）と（イ）のいずれか低い額		(B)	円
	左乳房補整具	補助金限度額（20,000円）と（ウ）のいずれか低い額		(C)	円
補助金申請額		(A) + (B) + (C) の合計			円

\*添付書類

- ①治療を受けている又は受けていたことを証する書類（診療報酬明細書、治療方針計画書等）
- ②補整具の購入年月日及び購入経費の明細を証する書類
- ③ウィッグの購入費に係る申請にあつては、脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証する書類
- ④ほかに補助金等の受給があるときは、その交付決定通知書等（コピー可）
- ⑤通帳の写し