

美咲町がん患者医療用ウィッグ購入費補助金申請書兼請求書

年 月 日

美咲町長 様

申請者 住所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____

連絡先 _____

関係書類を添えて、次のとおり医療用ウィッグ購入費の補助金を申請します。また、交付決定された補助金を請求します。

なお、次のことについて同意します。

- 町が必要に応じて、医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会する場合があります。
- 町が住民であるかどうかを確認するため、住民記録の確認をすること。

交付申請額 _____ **円**

対象者氏名		生年月日	年 月 日	
購入金額	円	購入月日	年 月 日	
補助金交付申請額の算定				
購入経費	補助金対象経費	補助金	補助金上限額又は、 ウのいずれか低い額	補助金決定額
ア 円	イ 円	ウ 円	エ 円	円
振込先	金融機関名 _____ 支店名 _____ 預金種別 普通 ・ 当座 _____ 口座番号 _____ ふりがな _____ 口座名義 _____			

※添付書類

- (1) 科学療法手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など
(上記の書類が無い場合は、町指定様式「がん治療受診証明書（様式第3号）」
ただし、脱毛の副作用を伴う抗がん剤治療であること分かる記載のあるもの。上記の証明書に係る費用は、全額対象者の負担とする。
- (2) 領収証書（金額、金額の明細、購入日、製造会社名、商品名、商品番号及び前頭用の記載のあるもの）