様式第１号（第５条関係）

白石市医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書

年　　月　　日

　（あて先）白石市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印（続柄　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　白石市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、下記のとおり関係資料を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 　　　　　年　　月　　日　 |
| 住　　所 | 〒 |
| 　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（　　　　） |
| 他の公的助成金受給の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 購入したウィッグ及び補正具 | 購入年月日 | 購入経費（税込価格）※付属品は含まない | 助成金申請金額※上限額２万円 |
| 年　　月　　日 |  円 |  円 |
| 振 込 先 | 　　　　　　　　　　　銀行　　農業協同組合　　　　　　　　　　　信用金庫　　労働金庫 | 　　　　　　　　　　本店 　　　　　　　支店 |
| 種別 | 口座番号 | 口座名義人（カタカナ） |
| 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |

※注意事項

・振込先は「対象者」又は「対象者の保護者（対象者が未成年の場合）」の名義に限ります。

※添付書類

　・がん治療受診証明書（様式第２号）又はがん治療を受けていることを証する書類の写し

　・ウィッグ等の購入に係る領収書の写し

(ウィッグは全頭用であること、本体のみであることがわかるもの)

　・照会同意書（様式第３号）

　・振込先通帳等の写し