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