様式第1号（第6条関係）

松野町がんの治療に係るウィッグ類等の購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

松野町長 様

松野町がんの治療に係るウィッグ類等購入費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		電話番号			
			助成対象者との続柄			
住所	〒					
助成対象者	☐ 申請者と同じ（ ☒ された場合は以下の助成対象者記入欄は記入不要）					
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		電話番号			
			助成対象者との続柄			
住所	〒					
助成対象経費	区分	☐ ウィッグ類・冷却帽子		☐ 乳房補整具		
	物品の種類	☐ かつら（ウィッグ） ☐ 髪付き帽子 ☐ ネット、ケア用品、アンダーキャップ （かつら（ウィッグ）と同時に申請する場合のみ） ☐ 冷却帽子		☐ 補整下着 ☐ 補整パッド ☐ 人工乳房		
	購入日	年 月 日		年 月 日		
	購入費用等	購入費用 ア 円×2/3= 円		購入費用 エ 円×2/3= 円		
	助成限度額	イ 30,000 円		オ 30,000 円		
	助成申請額	(ア 又は イのいずれか低い金額)		(エ 又は オのいずれか低い金額)		
		ウ 円		カ 円		
助成申請額	円（※ウ と カの合計金額）					
確認事項	☐ 私は、下記の事項を確認の上同意します。 ・助成対象経費について、国、県、他の地方公共団体等の助成を受けていません。 ・町が住民基本台帳を確認すること及び助成金の審査に必要な範囲で医療機関に対し、疾病や治療内容などについて調査することに同意します。					
添付書類 （添付した書類に ☒ をつけてください）	☐ ウィッグ類又は乳房補整具の本体等購入費用、購入日等が分かる書類（領収書等の写し） ☐ ウィッグ類を購入した方は、抗がん剤治療薬やその他の頭髪の脱毛の副作用があるがん治療を受けたことが分かる書類（診療明細書や治療方針計画書等の写し） ☐ 乳房補整具を購入した方は、がんの手術治療法により乳房を切除したことが分かる書類（診療明細書や治療方針計画書等の写し） ☐ その他市町が必要と認める書類					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協		支店名	本店・支店 出張店	
	口座番号			カナ		
	普通・当座 （どちらかに○）			氏名		