様式第１号（第６条関係）

大和町医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書

年　　　月　　　日

大和町長　殿

住　所

申請者

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（続柄　　　　　）

大和町医療用ウィッグ等購入費助成事業実施要綱第６条の規定により，下記のとおり関係書類を添えて申請します。また，申請にあたっては，下記の内容に相違ありません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | | フリガナ |  | | | | | | | 性　別 | | | 生年月日 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | 男 ・ 女 | | | 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（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| がん治療を受けて  いることを証する  書類 | | | がん治療証明書　 ・ 　お薬手帳　 ・ 　診療明細書　 ・ 　治療方針計画書  わたしのカルテ　 ・ 　がん診療パス　 ・ 　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 申請する補正具 | | | ウィッグ　　・　　乳房補正具（　左　・　右　） | | | | | | | | | | | | | |
| 必要とする理由 | | | 就労　・　社会参加　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 他の公的助成金受給の有無 | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | |
| 購入した補正具 | | | 購入年月日 | | | | | | 補正具購入経費（税込価格） | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | 円 | | | | | | | |
| 申請金額の算定 | | | | | | | | | 助成金申請金額  （左記ウの額） | | | | | | | |
| 購入経費 | | | アの1/2 | | 30,000円※ 又は  イのいずれか低い額 | | | |
| ア  円 | | | イ  円 | | ウ  円 | | | | 円 | | | | | | | |
| 振込先 | 銀行・信金・信組・農協・労金 | | | | | 口座番号 |  |  | | |  |  | |  |  |  |
| 本店　　　　　　　　　支店・出張所 | | | | |
| 預金種別 | | | 普通　　・　　当座 | | | 金融機関  コード | | | |  |  | |  |  |  |
| 口座名義人 | | | （カタカナ） | | | | | | | | | | | | |
| （漢　　字） | | | | | | | | | | | | |

　※乳房補正具の場合は，20,000円とする。