

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	〒 _____ (TEL - - )					
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 (1,000円未満切捨)	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。