

下野市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

下野市長 様

申請者 住所 下野市
氏名 ④
連絡先

下野市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、下野市がん患者ウィッグ等購入費助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付を受けるにあたり、市長が住民基本台帳及び市税の納付状況、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細を閲覧することに同意します。

対象者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
がんの治療状況	医療機関名	主治医	治療方法			
			手術 ・ 放射線 ・ 薬剤 その他（ ）			
がんの治療を受けていることを証する書類	お薬手帳 ・ 診療明細書 ・ 治療方針計画書 その他（ ） ※該当するものを○で囲む					
購入したウィッグ	購入年月日	購入経費	購入経費×0.5 (ア)		円	
	年 月 日	円	※100円未満切捨て			
購入した乳房補整具 (右側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.5 (イ)		円	
	年 月 日	円	※100円未満切捨て			
購入した乳房補整具 (左側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.5 (ウ)		円	
	年 月 日	円	※100円未満切捨て			
他からの助成の有無		有 ・ 無				
申 請 金 額 の 算 定						
医療用ウィッグ	助成金額限度額（30,000円）と（ア）の いずれか低い額				A	円
乳房補整具(右側)	助成金額限度額（20,000円）と（イ）の いずれか低い額				B	円
乳房補整具(左側)	助成金額限度額（20,000円）と（ウ）の いずれか低い額				C	円
助成金申請額	(A) + (B) + (C)		円			
振込先	金融機関名		支店名			
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号		
	口座名義人	(フリガナ)				