様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

里庄町長　様

申請者　住所　里庄町大字

氏名

電話番号

里庄町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書

里庄町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | |  | □申請者に同じ | | | | | | | | | | | 生年月日 | |
| （申請者との続柄：　　　） | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | |
| 住所 | □申請者に同じ  里庄町 | | | | | | | | | | | | |
| 購入金額 | | | 医療用ウィッグ | | | | | | 乳房補整具 | | | | | | |
| 円（税込） | | | | | | 円（税込） | | | | | | |
| 助成申請額 | | | ※ウィッグ・乳房補整具ごとに購入金額の1/2の額（1,000円未満切り捨て）又は３万円のいずれか低い金額  円 | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | | 支店名 | 種別 | 口座番号 | | | | | | | | | 口座名義人（ｶﾀｶﾅ） |
| 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | 本店  支店  支所 | 普通  当座 |  |  |  | |  |  |  |  | |  |

　※助成対象者が未成年の場合は、「申請者」欄に親権者等法定代理人の氏名を記入してください。

《確認事項》　□にチェックを入れてください。

□過去に里庄町又は他の地方公共団体等が実施する事業により、同種の医療用ウィッグ等の購入に係る助成を受けていません。

□本申請に基づく助成の交付決定にあたり、里庄町が住民基本台帳及び町民税課税台帳等により確認を行うこと、必要な場合は、他の地方公共団体及び医療機関等に申請の有無や治療内容等の照会を行うことについて同意します。

《添付書類》

（１）　がん治療を行ったことを証する書類（化学療法や手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書等）又はがん治療受診証明書（様式第２号）

（２）　領収書の写し

（３）　購入費の内訳、購入年月日及び製品名が記載された書類（医療用ウィッグの場合は、製造会社、全頭用の医療用ウィッグであることを証する記載を含む）

（４）　その他町長が必要と認める書類