

毛呂山町がん患者ウィッグ・胸部補整具購入費助成金交付申請書兼請求書

毛呂山町長 井上 健次 あて

申請者 住所 _____
氏名 _____
対象者との続柄 _____
電話番号 _____

毛呂山町がん患者ウィッグ・胸部補整具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、次の事項について確認・同意の上申請します。

過去に毛呂山町及び他の自治体を実施する同様のウィッグ・補整具購入に係る助成を受けていません。

申請内容確認のため毛呂山町住民基本台帳を照会することに同意します。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒		
区分 ※該当に○	ウィッグ等		胸部補整具等	
購入日	年 月 日		年 月 日	
金額（税込）				
助成限度額	10,000円		10,000円	
助成金交付申請額（※）	円		円	

※ 助成金交付申請額は、購入費又は1万円のいずれか低い額を記入ください。

↓裏面に続きます。

振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協 支店
預金種別	普通 当座
口座番号	
フリガナ	
名義人氏名	

※ 添付書類

- (1) がん治療を受けていること又は受けたことを証明する書類の写し
(医師による診断書、診療明細書など)
- (2) がん治療に伴う脱毛又は乳房の変形が生じたことを証明する書類の写し
(医師による診療方針計画書、手術又は抗がん剤等の同意書など)
- (3) 対象者の氏名、アピアランスケア用品の品名、購入日及び金額の明細が記載された領収書の写し