

岩沼市医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書

年 月 日

岩沼市長 殿

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____ (続柄 _____)
 電話番号 _____

岩沼市医療用ウィッグ等購入費助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、私は、市職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、私の世帯の住民記録情報、市税等の課税状況及び納税状況並びに診療報酬明細書を閲覧すること並びに治療を受けた医療機関、補正具等の購入先等へ照会することを承諾します。

| | | | | | | | | |
|----------------------------|--|------------------------|--|---|---|--|--|--|
| 対象者 | フリガナ | | | 性別 | 生 年 月 日 | | | |
| | 氏 名 | | | 男・女 | 年 月 日 | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | | |
| | 電話番号 | — | | — | | | | |
| 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 () | | | |
| がん治療を受けた、又は現に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・わたしのカルテ がん診療パス・その他 () | | | | | | | |
| 補正具等が必要な理由 | 就労のため・社会参加のため・その他 () | | | | | | | |
| 他の公的助成金受給の有無 | 1 有 (年度 補正具等の区分：) 2 無 | | | | | | | |
| 補正具等の区分 | 1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具 (左側 ・ 右側) | | | | | | | |
| 購入した 補正具等 | 購入年月日 | | | 購入経費 (税込価格) <small>(補正具等の価格で、附属品等は含まない。)</small> | 助成金申請金額 <small>(1,000 円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てる。)</small> | | | |
| | 年 月 日 | | | 円 | 円 | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・農業協同組合 信用金庫・労働金庫 | | | 本店・支店 支所・出張所 | | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | | 口座番号 (左づめ) | | | | |
| | 口座名義人 | (フリガナ) | | | | | | |

※注意事項 振込先は「対象者」又は「対象児の親権者」申請者名義に限ります。

- ※添付書類
- ・がん治療を受けた、又は現に受けていることを証する書類の写し
 - ・がん治療に伴い脱毛したことを証する書類の写し (医療用ウィッグを購入した場合に限る。)
 - ・補正具等の購入に係る領収証書 (購入した日付、品名及び金額の記載のあるもの) の写し
 - ・振込先金融機関の通帳等の写し
 - ・その他市長が必要と認める書類