

様式第1号（第5関係）

山元町がん患者医療用ウィッグ購入費助成事業申請書

年 月 日

山元町

殿

住所 _____

氏名 _____ 印(続柄 _____)

電話番号 _____

山元町がん患者医療用ウィッグ購入費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、町職員が助成の資格審査のために必要な範囲において、住民記録や診療明細を閲覧、治療を受けた医療機関及び購入先等へ聴取することについて同意します。

対象者 (児)	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 ()						
ウィッグが必要な理由	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		有 ・ 無					
購入した ウィッグ	購入年月日			購入経費（ウィッグ税込価格）			
	年 月 日			※ウィッグ1台分の価格で、付属品等は含まない 円			
申請金額の算定				助成金申請金額			
ウィッグの購入経費		助成金上限額					
円		20,000円		円			
振 込 先	金融機関名			支店名			
	口座種別	普通・当座		金融機関 コード			
				口座番号			
	口座名義人	(フリガナ)					
(漢 字)							

※注意事項 振込先は「対象者」又は「対象児の親権者」名義に限ります。