

浅口市長 様

申請者 住所 浅口市

氏名

電話番号

浅口市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書

浅口市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業実施要綱第6条の規定により助成を受けたいので、必要書類を添えて、次のとおり申請します。

対象者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日
	氏名	(申請者との続柄：)		年 月 日
	住所	浅口市	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
購入額	医療用ウィッグ	円	乳房補整具	円

口座振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合			店 支店 出張所
	種 別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

注 口座名義人欄へは申請者氏名を記入してください。(助成金は申請者の口座へ振り込みます。)

注 助成対象者が未成年の場合、申請者は保護者になります。

《確認事項》 にチェックを入れてください。

過去に浅口市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、浅口市が住民基本台帳及び市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。

助成額は、購入費のうち対象となる金額の2分の1以内(1,000円未満切り捨て)又は医療用ウィッグ上限3万円・乳房補整具上限3万円のどちらか少ない方となることを確認しました。

《添付書類》

- (1) がん治療を行ったことを証する書類(化学療法手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書等)
- (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
- (4) その他市長が必要と認める書類