

第1号様式（第5条関係）

芽室町がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼口座振込依頼書

年 月 日

芽室町長 あて

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名(ふりがな) \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

芽室町がん患者ウィッグ等購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 _____ 電話番号 _____ - _____	
がんの治療状況	医療機関名 及び診療科		
	主治医名		
	治療方法	手術・薬物療法・放射線治療・その他 ( )	
助成金申請回数	初回 ・ ( ) 回目		
助成対象経費	<input type="checkbox"/> ウィッグ (頭皮保護ネット含)	購入年月日 (領収書の日付) 年 月 日	購入費用 (ア) 円 (税込)
	<input type="checkbox"/> 胸部補整下着	購入年月日 (領収書の日付) 年 月 日	購入費用 (イ) 円 (税込)
	<input type="checkbox"/> シリコンパッド等	購入年月日 (領収書の日付) 年 月 日	購入費用 (ウ) 円 (税込)
	助成対象額	購入年月日 (ア) (イ) (ウ) の合計 (エ) 円	(エ) の 1 / 2 の額 (オ) 円
助成金申請額	助成金上限額 (20,000円) 又は (オ) のいずれか少ない方の額 ※ 2回目以降の申請額の上限は前回の助成金の残額 円		
添付書類 (全て添付してください)	がん治療を証明する書類 (写し) ※以下のいずれか1つ 治療方針計画書・診療明細書・地域連携クリティカルパス・その他		
	補装具等の購入の日付及び費用の額が確認できる領収書 (原本)		
備考			

裏面あり

【振込希望口座】

・振込口座は対象者本人名義の口座に限ります。

金融機関名	銀行 金庫 信用組合 農協	店名  本店・本所 支店・支所	口座種別			普通・当座			
(フリガナ) 口座名義人	( )	口座番号							