

南三陸町医療用ウィッグ購入費助成金申請書

年 月 日

南三陸町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

南三陸町医療用ウィッグ購入助成事業交付要綱第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。

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 (本体税込価格)	
	年 月 日		円	
振 込 先	銀行 信金 信組 農協 本店 支店・出張所		口座 番号	
	預 金 種 別	普通 ・ 当座		
	口座名義人	(カタカナ)		
(漢 字)				

申請金額		
助成上限額 ア	購入金額 イ	助成診査額 ア または イのいずれか少ない方
30,000円	円	円

※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。