

神戸町がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付申請書

年 月 日

神戸町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) 印

神戸町がん患者医療用ウィッグ購入費助成金交付要綱第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。なお、申請に際し、対象者（ただし対象者が18歳未満の場合は保護者）の町税等の納付状況について職員が確認することに同意します。※太枠内を記載ください。

対象者	ふりがな							性別	生 年 月 日				
	氏 名							男・女	年 月 日				
	住 所	〒503- 安八郡神戸町大字						電話番号	- -				
がんの治療状況	医療機関名・診療科												
	主治医名												
	治療方法	手術 ・ 薬物治療 ・ 放射線治療 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 ( )												
岐阜県がん患者医療用補正具購入費助成金交付決定通知日	年 月 日												
当該ウィッグ費用について岐阜県以外の助成金受給の有無	無 ・ 有												
交付申請金額等	購入年月日（領収書の日付）	年 月 日											
	領収書の名前・本人との続柄	( )											
	助成対象となる購入費用（税込）	ア						円					
	アの1/2の額（千円未満切捨）	イ						円					
	助成金交付申請金額 助成金上限額（10,000円）又はイのいずれか少ない方の額	ウ						円					
振込先指定口座	金融機関	銀行 農協 金庫 組合						本店 支店 出張所					
		普通	ふりがな										
	当座	口座名義人 (申請者の名義)											
	口座番号							(右詰記入)					
	ゆうちょ銀行 (記号-番号)						-						
※この欄は町で使用します		神戸町住民登録						有 ・ 無		助成決定金額 円			

(添付書類)

- 当該申請に係るウィッグの購入費用の額を確認できる領収書の写し(宛名、購入日、購入金額、金額内訳、全頭用ウィッグであること、領収書発行者の記載があるもの)
- 岐阜県がん患者医療用補正具購入費助成金交付決定通知書の写し