

富谷市がん患者医療用ウィッグ助成金交付申請書

年 月 日

富谷市長 殿

住所 富谷市

(自筆による署名)

氏名 (続柄)

電話番号

富谷市がん患者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。

なお、私は、市職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、私の世帯における市で保有する住民記録情報、税務情報及び診療報酬明細書の閲覧並びに治療を受けた医療機関、購入先その他関係機関等へ照会することについて、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	〒 富谷市					
	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個分の価格で、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	アの1/2の額		助成金上限額又は イのいずれか低い額				
ア 円	イ 円	ウ 円	円				
振 込 先	本店		銀行 信金 信組 農協 支店・出張所	口座番号 (左づめ)			
	預金種別	普通・当座		金融機関 コード			
	口座名義人	(カタカナ)					
		(漢字)					

※注意事項 振込先は「対象者」又は「対象者の親権者」申請者名義に限ります。

- ※関係書類 1. 化学療法に関する説明書や診断書、治療方針計画書等
2. ウィッグの購入に係る領収証書 (購入日、品目及び金額が記載されているもの)