

記入例

豊明市がん患者医療用ウィッグ等補助金交付申請書

令和 年 月 日

豊明市長 殿

申請者 住所
 氏名（自署）
 助成対象者との続柄（ ）
 電話（ ）

原則として、助成対象者ご本人を申請者としてください。助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請者となります。
 申請内容等についてお問い合わせをする可能性がありますので、平日の昼間に連絡がつく電話番号をご記入ください。

豊明市がん患者医療用ウィッグ等補助金事業実施要領に基づき、下記のとおり交付申請します。なお、申請内容について住民基本台帳を閲覧することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

助成対象者の氏名、住所（住民票住所）、生年月日等を記載してください。申請者と同じ場合は「申請者と同じ」に☑を記入して、氏名、住所、電話番号が省略可能です。

がん治療を行った医療機関等を記載してください。

治療内容等がわかる書類のコピーを添付してください。
 ・ウィッグ：病名や抗がん剤の処方日 等
 ・乳房補正具：病名や手術内容（乳房切除の内容） 等

他で同様の助成等を受けられる場合は、本事業の対象となりません。

補正具の購入日（領収書の日付）、領収書の名前（本人と違う場合は続柄を記載してください）。

領収に記載された金額のうち、助成対象となるもの（ウィッグ、補正下着、補正パッド、人口乳房）の金額（税込）を記載してください。
 ※対象とならないものを除いた金額です。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況	医療機関名			
	疾患名			
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）		
がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類	・お薬手帳 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他（ ） ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
補助対象経費	補正具の種類	ウィッグ	乳房補正具	
	補正具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	
	購入年月日（領収書の日付）	年 月 日	年 月 日	
	領収書の名前及び本人との続柄	（続柄 ）	（続柄 ）	
	購入費用	① 円（税込）	② 円（税込）	
	補助対象額	③（①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額） 円	④（②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額） 円	
補助金交付申請額（③と④の合計額を記入してください。）			円	
※市記載欄 助成決定金額			円	