

## 名取市医療用ウィッグ購入費助成金交付申請書

平成30年6月1日

名取市長 様

申請者 住所 名取市増田字柳田 244

氏名 名取 さくら （続柄 本人・保護者）

電話番号 022-382-2456

名取市医療用ウィッグ購入費助成事業実施要綱第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、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、住民登録の確認、治療を受けた医療機関及び購入先等へ聴取することに同意します。

対象者 (児)	(ふりがな) 氏名	なとり 名取 さくら	生年月日	昭和50年12月1日
	住所	〒981-1224 名取市増田字柳田 244		
	電話番号	022-382-2456		
がんの 治療状況	医療機関名	宮城県立がんセンター		
	主治医名	増田 太郎	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	入院診療計画書・治療受診証明書・治療方針計画書 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） ※ウィッグ1個、付属品等は含まない。	助成金申請金額 ※上限額3万円	
	平成30年5月1日	100,000円	30,000円	
振込先	七十七 銀行 信金 信組 農協 本店 増田 支店・出張所	口座番号	0058001	
	預金種別	普通・当座		
	口座名義	(ふりがな) なとり さくら 名取 さくら		
名取市が「アピアランス支援事業費補助金」の交付申請事務において世帯の市民税情報の確認をすることに同意します。 申請者自書 名取 さくら				

※注意事項 振込先は「対象者」又は「対象児の保護者」申請者名義に限ります。

## 【添付書類】

添付書類の原本をコピーしてください

- がんの治療を受けていることを証明する書類  
入院診療計画書、治療受診証明書、治療方針計画書等のいずれか
- ウィッグ購入に係る領収書（本体価格がわかるもの）

受付印

受付者