

名取市医療用ウィッグ・乳房補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

名取市長 様

申請者 住所
氏名 (続柄 本人・保護者)
電話番号

名取市医療用ウィッグ・乳房補正具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			生年月日	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	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				
区分	医療用ウィッグ ・ 乳房補正具 (右 ・ 左)				
購入した 補正具等	購入年月日	購入経費 (本体税込価格) ※付属品等は含まない。		助成金申請金額 ※1	
	年 月 日	円		円	
振込先 ※2	本店		銀行 信金 信組 農協 支店・出張所	口座番号	
	預金種別	普通 ・ 当座			
	口座名義	(ふりがな)			
名取市が「アピ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					

※1 助成金の額…医療用ウィッグ3万円、乳房補正具2万円を上限とする。

※2 振込先は「対象者」又は「対象児の保護者」申請者名義に限る。

【添付書類】

- 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)



受付者 _____