第１号様式（第７条関係）

　　年　　月　　日

（宛先）出水市長

医療用ウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書

　医療用ウィッグ購入費助成金を交付くださるよう、出水市医療用ウィッグ購入費助成事業実施要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。また、助成金の交付決定及び支給に係る業務に要する内容について、住民基本台帳の閲覧、関係医療機関等への照会を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 電話番号 | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | | | |  | |
| 住　　　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | 対象者との続柄 | |
|  | |
| 対　象　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | |
| 氏　　　名 | □申請者と同じ | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | |
| 住　　　所 | 〒  □申請者と同じ | | | | | | | | | | | | | |
| がんの治療状況 | | 医療機関名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 主治医名 |  | | | | | | | 治療方法 | | | 手術　・　化学　・　放射線  その他（　　　　　　　　　　　） | | |
| 過去の受給の有無※ | | | 有　　・　　無 　 　　　　※過去に購入助成を受けたことがある場合は，  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　「有」に○を付けてください。 | | | | | | | | | | | | |
| 購入したウィッグ | | 購入年月日 | | | | 購入費（税込価格）  ※ウィッグ１台（保護用ネット含む。）  ※附属品等は含まない。 | | | | | | | 助成申請額  （２０,０００円と購入費（左記）のいずれか低い方の額） | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | 円 | | | | | | | 円 | | |
| 振　込　先 | |  | | | | | 銀行　　農業協同組合  信用金庫　（　　　　　　） | | | | | |  | | 本店  支店 |
| 種別 | 口座番号 | | | | | | | | | | 口座名義人（カタカナ） | | |
| 普通 ・ 当座 |  |  |  | | |  |  | |  |  |  | | |
| ※口座名義が申請者と異なる場合  上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。  受任者 住所  氏名 　　　　　　　　　　　　　 印　　　　　　　　　申請者との続柄： | | | | | | | | | | | | | | | |

**添付書類**

⑴ がん治療を受けていることを証明する書類の写し（治療方針計画書，薬物療法に関する説明書等）

⑵ ウィッグの購入年月日及び購入金額を証する書類の原本（領収書等）

⑶ 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写し

⑷ 委任状（第２号様式）（申請者と対象者が異なる場合）※対象者が未成年の場合を除く。