別記第１号様式（第６条関係）

　芝山町がん患者ウィッグ等購入費等助成金交付申請書兼請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（宛先）芝山町長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | ふりがな氏名 | ㊞　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 　芝山町 |
| 電話番号 | 　　　　　　　 |
| 対象者との続柄 | 本人 ・ （　　　　　　　）　　 ※対象者本人又は同一世帯の方が申請できます。 |
| 【申請者と助成対象者が異なる場合は、以下の氏名及び生年月日を御記入ください。】 |
| 助成対象者 | ふりがな氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 助成対象費用 | 区分 | □　ウィッグ | □　胸部補整具 | □　エピテーゼ |
| 医療用ウィッグ、毛付き帽子等 | 補整下着、補整パッド等 | 人工の乳房、鼻、耳等 |
| 購入日又はレンタル開始日 | 　　年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 助成申請額 | 【上限30,000円】　　　　 円　　（税込み）　 | 　【上限30,000円】　　　　　　 円　　（税込み）　 | 【上限50,000円】　　　　　　　　　　　円　　（税込み）　 |
| 申請額合計 | 円　　　　　　　　　　　　　 |
| 振込先 | 金融機関名 | 　 | 支店名 |  |
| （ふりがな）口座名義人 |  | 口座番号 | 普通・当座 |  |
| 添付書類 | □がんの治療を受けている、又は受けていたことが確認できる書類（お薬手帳、診療明細書、治療方針計画書等の写し）□ウィッグ等の購入等に係る領収書の原本（宛名、日付、金額、品目、金額の内訳及び発行者の記載が　あるもの）□振込先口座が確認できるものの写し（通帳、キャッシュカードの写し等） |

芝山町がん患者ウィッグ等購入費等助成金交付要綱第６条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、芝山町が審査に必要な情報（住民基本台帳、治療等の状況及び購入内容）の確認及び調査をすることに同意します。