

東松島市がん患者医療用ウィッグ助成金申請書

年 月 日

東松島市長 様

住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄 _____)

電話番号 _____

東松島市がん患者医療用ウィッグ購入助成事業交付要綱第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、東松島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、対象者 (児) の属する世帯の住民記録、税務資料、その他必要事項についての調査、照会、診療明細の閲覧、治療を受けた医療機関及び購入先等へ聴取することを承諾します。

対象者 (児)	フリガナ			性別	生 年 月 日	
	氏 名			男・女	年 月 日	
	住 所	〒 _____				
	電話番号	— —				
がんの 治療状況	医療機関名				治療方法	手術・放射線・薬剤 その他 ()
	主治医名					
がん治療を受けていることを証する書類	お薬手帳・診療明細書・治療方針計画書・わたしのカルテ がん診療パス・その他 ()					
ウィッグが必要な理由	就労のため・社会参加のため・その他 ()					
他の公的助成金受給の有無	有 ・ 無		ウィッグ購入年月日	年 月 日		
申請金額の算定						
ウィッグ購入経費(税込価格) ※ウィッグ1個分の価格で、付属品等は含まない。			助成金申請額 ※20,000円を上限とする。ただし、千円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てる。			
円			円			
振込先	銀行 信金 信組 農協 その他 ()			本店 支店 支所 出張所		
	金融機関コード	支店コード	口座	普通当座		
	(フリガナ)					
	(口座名義人)					