

様式第1号（第6条関係）

東松島市医療用ウィッグ・補正具購入助成金交付申請書（請求書）

年 月 日

東松島市長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____ 印（続柄 _____）
電話番号 _____

東松島市医療用ウィッグ・補正具購入助成金交付規則第6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、市職員が助成の**実施**及び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**補正具等**の購入先等へ聴取することを承諾します。

1 対象者（児）

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	(男・女)		
住所	電話番号 - -		

2 がんの治療状況

医療機関			
主治医名	治療方法	・手術 ・化学 ・放射線 ・薬剤 ・その他 ()	
がんの治療を受けていることを証する書類	・お薬手帳 ・診療証明書 ・治療方針計画書 ・わたしのカルテ ・がん診療パス ・その他 ()		

3 補正具等の購入状況

種類	・医療用ウィッグ ・乳房補正具（右側・左側）		
購入日	年 月 日	同種の補正具等に係る他の公的助成金受給の有無	有 ・ 無
購入金額	円（税込）	助成金申請額	円

※助成金の額は2万円を上限とする（千円未満切捨て）。

4 助成金の振込先口座

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協・()						本店 支店
種類	普通 ・ 当座	口座番号					
口座名義人	カタカナで記入						