

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 \_\_\_\_\_ (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						