

第 1 号様式（第 5 条関係）

（表）

武蔵村山市がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

年 月 日

武蔵村山市長 殿

武蔵村山市がん患者ウィッグ等購入費助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。
なお、この申請に当たり、住民基本台帳の閲覧、関係機関への照会及び診療明細を閲覧することについて、
同意します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 武蔵村山市 電話番号 ()		
対象者（児）	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 武蔵村山市 電話番号 ()		
がんの治療状況	医療機関名	疾病名		治療方法
				手術 放射線 薬剤 その他 ()
購入（レンタル）した補整具	種 別 ※いずれかを○で囲んでください。	購入（レンタル）年月日	購入（レンタル）額	合計金額（ア）
	医療用ウィッグ等 胸部補整具	年 月 日	円	円
申請金額の算定	購入（レンタル） 合計金額（ア）	補助上限額 （イ）	（ア）と（イ）のいずれか低い額 補助金申請額（100 円未満切捨て） （ウ）	
	円	5 0 , 0 0 0 円	円	
添 付 書 類	☐ がん治療を受けている（受けた）ことを証明する書類 ①診療明細書 ②治療方針計画書 ③その他（ ） ☐ 領収書等の原本			
同種の助成の有無 ※いずれかを○で囲んでください。	有 ・ 無			

（裏面も御記入ください。）

（日本産業規格 A 列 4 番）

(裏)

本助成の申請回数	初回 ・ 2回目					
振 込 先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店・出張所		普通 当座
	口座番号		金融機関コード		店番号	
	口座名義人 ※上記申請者と同一		(フリガナ) (氏 名)			

※ 対象者が未成年者の場合は、親権者が代理申請をすることができます。それ以外の方からの代理申請はできません。