

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	主治医名			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	30,000円	円			
添付書類	<input type="checkbox"/> 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（ ） <input type="checkbox"/> 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。