

宇部市がん患者のためのウィッグ購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

宇部市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

※1（下記助成対象者との続柄） _____

電話番号 _____

宇部市がん患者のためのウィッグ購入費助成要綱第5条第1項の規定に基づき、下記のとおりウィッグ購入費助成金の交付を申請します。

記

助成対象者	ふりがな			生 年 月 日
	氏 名			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（ ）	
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 ・その他（ ）			
ウィッグの購入状況	購入年月日		購入費用の額（助成対象の費用に限る）	
	年 月 日		円	
他からの助成等受給の有無	有（助成額： 円） ・ 無			
助成金交付申請額	※購入費用の2分の1の額(千円未満切捨て) 又は3万円のいずれか低い方の額			
	円			
添付書類	・ウィッグを購入した金額の明細を証明する書類 ・脱毛の副作用がある抗がん剤治療等の受診を証明する書類 ・同意書(様式第2号) ・助成対象者の属する世帯員全員の所得課税証明書等 ・その他参考となる書類			

※2 振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	口座番号
	(ふりがな) 口座名義人		

※1 申請者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※2 振込先は、申請者の口座になります。

事務担当氏名：同上 電話番号：同上