

年 月 日

井原市長 様

申請者 住所 井原市

氏名

電話番号

井原市がん患者ウィッグ等購入費用助成金交付申請書

標記助成金の交付を受けたいので、井原市がん患者ウィッグ等購入費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により、必要書類を添えて、次のとおり申請します。

対象者	フリガナ ☐ 申請者に同じ		生年月日	
	氏 名 (申請者との続柄：)		年 月 日	
	住 所	井原市 ☐ 申請者に同じ		
申請額	ウィッグ 円		補整下着及び胸部補整具 円	
	(対象経費の 2 分の 1 の額。ただし、各 3 0, 0 0 0 円を限度とする。)			
振込先	金融機関名	銀行 本店 信用組合 支店 農業協同組合 出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

《確認事項》 ☐ にチェックを入れてください。

☐ 今回のウィッグ等の購入費に対して、他の地方公共団体等から同様の助成を受けていません。

☐ 本申請に基づく助成の交付決定にあたり、井原市が住民基本台帳及び市民税課税台帳等により確認を行うこと、必要な場合は、他の地方公共団体及び医療機関等に申請の有無や治療内容等の照会を行うことについて同意します。

《添付書類》

- (1)がん治療を行ったことを証する書類（化学療法手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書等）
- (2)領収書及び購入費の内訳が記載された書類（購入年月日、製造会社及び製品名等）
- (3)その他市長が必要と認める書類