

様式第1号（第6条関係）

鬼北町医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

鬼北町長 様

申請者 住 所 鬼北町大字  
氏 名 ⑧  
続 柄  
( 電話 - - )

医療用ウィッグ等購入費補助金の交付を受けたいので、鬼北町医療用ウィッグ等購入費補助金交付要綱第6条の規定により申請（請求）します。

なお、補助金支給の資格審査のため必要な範囲において、診療明細の閲覧、治療を受けた医療機関及び購入先等へ調査することについて同意します。

対象者名	ふりがな 氏 名						
	生年月日	年 月 日 ( 歳)					
	現住所	鬼北町大字					
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 ( )					
他の公的助成金 受給の有無	1 無 2 有 ( <input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ ・ <input type="checkbox"/> 乳房補整具 )						
購入した補整具等	1 医療用ウィッグ (本体) 2 乳房補整具						
購入年月日	年 月 日						
購入金額 (税込価格)	円 (※付属品は含まない)						
補助金申請金額	円 (※医療用ウィッグ 上限3万円) 円 (※乳房補整具 上限3万円)						
振込先	ふりがな 口座名義人						
	金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	銀行・組合 金庫・農協			本店・支店 支所・出張所		
		種別	当座 ・ 普通		口座番号		
	ゆうちょ銀行	店名		種別		口座番号	

※ 申請者と振込先の口座名義は同一名を記入してください。

【添付書類】

- ・がんの治療を受けていることを証明する書類の写し（診療明細書、治療方針計画書等）
- ・補整具等の購入に係る領収書等（原本）（購入日、品名、購入金額の記載があるもの）

