

年 月 日

総社市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

総社市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成申請書

総社市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業実施要綱第6条第1項に基づき助成を受けたいので、必要書類を添えて、次のとおり申請します。

※申請者と助成対象者が同じ場合は「・申請者に同じ」に○をしてください。

助成対象者	フリガナ 氏名	・申請者に同じ (申請者との続柄)	生 年 月 日 年 月 日
	住所	総社市	・申請者に同じ
購入費	医療用ウィッグ 円	乳房補整具 円	

口座振込先

金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合		店 支店 出張所
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※助成対象者が未成年の場合、申請者は保護者になります。(その場合、口座名義人は申請者。)

【確認事項】 にチェックを入れてください

- 今回の医療用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、総社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、他の地方公共団体等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。
- 助成額は、購入費のうち対象となる金額の2分の1以内(1,000円未満切り捨て)もしくは上限3万円のどちらか少ない方となることを確認しました。
- 申請者と助成対象者が異なる場合は、助成対象者の同意を得て申請します。

【添付書類】

- 1 (医療用ウィッグの場合) 脱毛の副作用を伴うがん治療を行ったことを証する書類
(乳房補整具の場合) がん治療による乳房切除を行ったことを証する書類
- 2 領収書の写し
- 3 購入費の内訳、購入年月日及び製品名が記載された書類
(医療用ウィッグの場合は、製造会社、全頭用の医療用ウィッグであることを証する記載を含む)
- 4 その他市長が必要と認める書類