

別記  
第1号様式（第5条関係）

（宛先）阿久根市長

記入例

申請日を記入してください。

R5年 6月 1日

阿久根市がん患者ウィッグ購入費用助成金交付申請書兼請求書

がん患者ウィッグ購入費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請内容の審査に当たり、阿久根市が住民基本台帳の閲覧及び関係医療機関等へ照会することに同意します。

申請者情報を記入してください。

対象者とは、「実際にウィッグを使用する方」です。

申請者と対象者(実際にウィッグを使用する方)が異なる場合は、対象者情報を記入してください。同じ場合はを記入して下さい

申請者	フリガナ	あくね たろう		電話番号	
	氏名	阿久根 太郎		090-1234-5678	
	住所	〒 899-1626 阿久根市鶴見町〇〇		交付対象者との続柄	本人
交付対象者	フリガナ			生年月日	
	氏名			<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	S60年1月1日
	住所			<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
がんの治療状況	医療機関名	〇〇病院		治療方法	手術 <b>化学</b> 放射線 その他( )
	主治医名	△△ △△			
過去の助成	有・ <b>無</b> ※ 助成を受けたことがある場合は、「有」に○を付けてください。				
購入したウィッグ	購入年月日	R5年 5月 1日		購入費用(税込価格) ※ウィッグ1台(保護用ネット含む。) ※付属品等を除く。	助成申請額 (20,000円限度)
				35,000円	20,000円
振込先	金融機関名 (支店等含む。)	阿久根銀行 阿久根支店		助成申請額は、2万円と購入費用(左)の低い額を記入。	
	口座種別	口座			
	<b>普通</b> 当座	1	2 3		
※ 口座名義が申請者と異なる場合に記入してください。					
助成金の受領に関することを次の者に委任し 受任者 住所 氏名					
申請者と口座名義人が異なる場合(妻の口座に振り込み希望など)の場合はこちらを記入してください。					

添付書類

- がん治療に関する書類 (1)~(3)、全てを添付書類として提出して下さい。※該当する場合は(4)も。
- ウィッグ購入に関する領収書その他の書類 (交付対象者の氏名、購入した年月日、品名、医療用ウィッグの購入金額の明細、台数(個数)、領収書の発行元の名称及び住所の記載のあるもので、医療用ウィッグが全頭用であることが備考等に記載されているもの)
- 振込先の金融機関名、支店名、口座種別、口座名義人、口座番号の確認ができる書類の写し
- 委任状(別記第2号様式) (※ 交付対象者が未成年の場合を除く。)