

様式第 1 号(第 6 条関係)

真岡市がん患者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

真 岡 市 長

様

申請者

住所

氏名

⑩

電話番号

真岡市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付要綱第 6 条第 1 項の規定に基づき、がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の交付を受けたく次のとおり申請します。

また、この申請の審査にあたり市税等納付状況について、真岡市が調査確認することに同意します。

記

対象者	ふりがな		生年月日	住民となった年月日	
	氏名		年 月 日	年 月 日	
がんの治療状況	医療機関名		主治医	治療方法	
				手術・放射線・薬剤 その他（ ）	
がんの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・治癒方針計画書 その他（ ）※該当するものを○で囲む			
購入した補整具	医療用ウィッグ	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9※100 円未満切捨	
				(ア)	円
	乳房補整具（右側）	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9※100 円未満切捨	
				(イ)	円
	乳房補整具（左側）	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9※100 円未満切捨	
				(ウ)	円
他からの補助金の有無		有 ・ 無 （どちらかを○で囲む）		円	
申請金額の算定	医療用ウィッグ	補助金額限度額（30,000 円）と（ア）のいずれか低い額		(A)	円
	乳房補整具（右側）	補助金額限度額（20,000 円）と（イ）のいずれか低い額		(B)	円
	乳房補整具（左側）	補助金額限度額（20,000 円）と（ウ）のいずれか低い額		(C)	円
補助金申請額		(A) + (B) + (C) の合計		円	

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店		
		農協・信用組合		出張所		
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号			
	ふりがな					
	口座名義					

※ 添付書類

- ① がん治療を受けていること、又は受けていたことを証する書類
- ② 補整具の購入年月日及び購入経費の明細を証する書類
- ③ 医療用ウィッグについては、脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証する書類
- ④ ほかに補助金等の受給があるときは、その交付決定通知書等（コピー可）