

美里町医療用ウィッグ購入費助成金申請書兼請求書

年 月 日

美里町長 殿

住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ ㊤ (続柄 \_\_\_\_\_)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり美里町医療用ウィッグ購入費助成金の交付を申請します。

なお、町職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、住民記録や診療明細を閲覧すること、税務資料を調査すること及び治療を受けた医療機関、購入先等へ聴取することについて同意します。

対象者 (児)	フリガナ		性別	生 年 月 日			
	氏 名		男・女	年 月 日			
	住 所	〒					
	電話番号	-		-			
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 ( )			
がん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・治療方針計画書・わたしのカルテ がん診療パス・その他 ( )						
ウィッグが必要な理由	就労のため・社会参加のため・その他 ( )						
他の公的助成金受給の有無		有 ・ 無					
購入した ウィッグ	購入年月日			購入経費 (ウィッグ税込価格)			
	年 月 日			※ウィッグ1台分の価格で、付属品等は含まない。 円			
申請金額の算定				助成金申請金額			
ウィッグの 購入経費	助成金上限額	助成金上限額又は、 アのいずれか低い額					
ア 円	イ 円	ウ 円		円			
振 込 先	金融機関名	支店名					
	口座種別	普通・当座		口座番号			
	口座名義人	(フリガナ)					
(漢 字)							

※ 振込先は対象者又は対象児の親権者名義に限ります。