

様式第1号 (第6条関係)

女川町がん患者医療用ウィッグ・補正具購入費助成金交付申請書

年 月 日

女川町長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印(続柄 \_\_\_\_\_)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

女川町がん患者医療用ウィッグ・補正具購入費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、住民記録等について調査確認することに同意します。

記

交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

対象者氏名		生年月日	年 月 日
補正具等の区分	1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具(右側) 3 乳房補正具(左側)		
購入金額	円	購入日	年 月 日
医療用ウィッグ等助成金の受領の有無	1 有( 年度 補正具等の区分 ) 2 無		
振込先	金融機関名		支店名
	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他( )	
	口座番号		
	口座名義	(フリガナ)	

※ 注意事項 振込口座は申請者又は未成年者の場合については保護者名義に限ります。

添付書類

- (1) 補正具等の購入に係る領収書の写し又は支払の事実が確認できる書類
- (2) がん治療受診証明書(様式第2号)又はがん治療を受けていることを証する書類の写し(診療明細書・治療方針計画書等)
- (3) その他町長が必要と認める書類