

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

（宛先）玉村町長

住 所 玉村町大字

申請者 氏 名

連絡先

玉村町医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

玉村町医療用ウィッグ等購入費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。なお、助成金の交付を受けるにあたり、住民基本台帳及び町税等の納付状況の調査を行うことに同意します。

補助対象者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	玉村町大字		
	連絡先			
がん治療等の状況	疾病名			
	医療機関名			
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）		
種類		購入年月日	購入金額合計	交付申請額（請求額）
①ウィッグ等		年 月 日～ 年 月 日	円	円 上限30,000円 * 1
②胸部補整具等 ()		年 月 日～ 年 月 日	円	円 上限10,000円 * 1
振 込 先	金融機関名			支店名等
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号
	口座名義人	(フリガナ)		

* 1 請求額が上限に満たない場合は、実費額を記入。

裏面に添付書類の確認事項がありますので、確認をお願い致します。

添付書類

- (1) がん治療等を受けていることを証する書類（診断書・診療証明書等の写し）
- (2) 補整具の購入日、品名及び購入金額を証する書類
- (3) 申請者の本人確認書類（運転免許証・マイナンバーカード等）
- (4) 振込口座が確認できる書類
- (5) （代理人が申請する場合）委任状（様式第2号）及び代理人の本人確認書類

下記は町で記入しますので、記入しないでください。

結果	交付 決定額	ウィッグ等	胸部補整具等	合計
交付・不交付			円	円