

別記様式第1号（第5条関係）

年 月 日

上三川町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼実績報告書

上三川町長 様

申請者 住 所

氏 名

㊞

連絡先

上三川町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、上三川町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付を受けるにあたり、町が住民基本台帳及び町税等の納付状況について必要がある場合、関係機関への照会や診療明細を閲覧することに同意します。

対象者	フリガナ	性別	男・女	生年	年 月 日
	氏名			月 日	
がんの治療状況	医療機関名		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・治療方針計画書・その他（ ）				
購入したウィッグ	購入年月日	①購入経費	(ア)		(100円未満切捨て)
	年 月 日	円	①×0.5		円
購入した乳房補整具(右)	購入年月日	②購入経費	(イ)		(100円未満切捨て)
	年 月 日	円	②×0.5		円
購入した乳房補整具(左)	購入年月日	③購入経費	(ウ)		(100円未満切捨て)
	年 月 日	円	③×0.5		円
過去にこの要綱に基づく助成申請の有無	有 ・ 無				
申請金額の算定					
ウィッグ	助成額限度額（30,000円）と（ア）のいずれか低い方		A	円	
乳房補整具（右）	助成額限度額（20,000円）と（イ）のいずれか低い方		B	円	
乳房補整具（左）	助成額限度額（20,000円）と（ウ）のいずれか低い方		C	円	
助成金申請額	(A) + (B) + (C)		円		