

邑楽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請求書

年 月 日

邑楽町長 宛て

申請者 住 所

氏 名

助成対象者が未成年の場合は保護者を申請者とし
申請者が保護者の場合、続柄（ ）

電話番号（ ）

邑楽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、邑楽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条の規定により下記のとおり申請及び請求します。なお、町が下記の照会をすることに同意します。

- ・住民基本台帳の照会
- ・町民税等の滞納状況に係る照会
- ・医療機関に対する治療内容の照会等
- ・医療用ウィッグ等の購入先に対する購入内容の照会

助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏名						
	住所	邑楽町					
種 類	医療用ウィッグ等			乳房補整具			
購入年月日	年 月 日			年 月 日			
購入金額	(ア)	円	(イ)	円			
申請額査定	30,000円と(ア)のいずれか低い方			20,000円と(イ)のいずれか低い方			
	(A)	円	(B)	円			
補助金額	(A) + (B) の合計 円						
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協・組合			本店・営業所 支店・出張所 本所・支所		
	預金の種別	普通・当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人						

※太枠内を記入してください

注)振込先は、申請者名義に限ります。

注)修正液や修正テープ等での修正はできません。修正は二重線で消した上で、訂正印を押してください。

ただし、金額の訂正はできません。

注)摩擦熱で消えるボールペンで記入しないでください。

添付書類・・・ 購入先の支払額を証明するもの（領収書等原本、コピー不可）

診療報酬明細書、治療方針計画書等がんの治療を受けていることがわかる書類

振込先通帳の写し