

様式第1号第3条関係

様式第1号(第3条関係)

宇検村医療用ウィッグ購入助成金支給申請書

申請日 年 月 日

宇検村長 殿

(申請者) 住 所
氏 名 印
(対象者との続柄)
電 話

下記のとおり医療用ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので申請します。

対象者	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	使用薬剤名
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 () ※いずれかを○で囲んでください。		
ウィッグが必要な理由				
購入したウィッグ	購入年月日		購入経費 (※ウィッグ本体)	
	年 月 日		円	
他の公的助成金受給の有無		有 ・ 無		
申請金額の算定				助成金申請金額
ウィッグ本体の購入経費	アの1/2の額	20,000円又はイのいずれか低い額		
ア 円	イ 円	ウ 円		
				¥ _____ 円

(添付書類)

- 1 がん治療を受けていることを証する書類
- 2 ウィッグを購入したことを証する書類
- 3 代理申請にあつては委任状
- 4 本人を確認する書類 (代理申請の場合は、代理人本人を確認する書類)