

瀬戸内町長 殿

## 瀬戸内町がん患者ウィッグ購入費助成事業交付申請書兼請求書

私は瀬戸内町がん患者ウィッグ購入費助成事業交付実施要綱5条の規定により次のとおり申請します。

申請人	フリガナ			電話番号
	氏名	Ⓜ		
	住所	〒		対象者との続柄
対象者	フリガナ			生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		年 月 日
	住所	〒		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
がんの治療状況		医療機関名		
		主治医名	治療方法	手術・化学・放射線 その他（ ）
過去の受給の有無※		有 ・ 無		※過去に他市町村（県内・県外問わず）で購入助成を受けたことがある場合は、「有」に○を付けてください。
購入したウィッグ	購入年月日	購入費（税込価格） ※ウィッグ1台（保護用ネット含む） ※付属品等は含まない。	助成申請額 （購入費の1/2、上限2万円）	
	年 月 日	円	円	
振込先		銀行 ・ 農業協同組合 信用金庫（ ）	本店 支店	
	種 別	口 座 番 号	口座名義人（カタカナ）	
	普通 ・ 当座			
<p>※口座名義が申請者と異なる場合 上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。</p> <p>受領者 住所 氏名 Ⓜ 申請者との続柄：</p>				

※瀬戸内町使用欄

<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 不交付	年 月 日
交付決定額		円

## 添付書類

- がん治療受診証明書又は治療内容を証明する書類の写し（診療明細書、治療方針計画書等）
- ウィッグ等の購入年月日及び購入代金を証する書類の写し（領収書等）
- 本人を確認する書類の写し（住民票、運転免許証、医療保険証等）
- 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写し
- その他町長が必要と認める書類