様式第１号（第５条関係）

村田町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書

年　　　月　　　日

村田町長

申 請 者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　）

電話番号

|  |
| --- |
| 　村田町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付を申請します。　申請にあたり、他の自治体の購入経費の助成を受けていないことを誓約します。なお、助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、町が保有する個人情報を閲覧・調査すること及び病院等へ聴取することについて同意します。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者（児） | フリガナ |  | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 |  | 男・女 |  | 年　　月　　日 |
| 住所 | ①申請者と同住所　　②申請者と別住所（この欄に住所をご記入ください） |
| 医療用補正具の種類 | １　医療用ウィッグ　　　２　乳房補正具（　右側　・　左側　） |
| 購入経費 | 　　　　　　円 | 購入日 | 　　年　　 月　　 日 |
| 振　込　先（申請者名義に限ります） |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　銀 行信用金庫・信用組合農業共同組合 | 支店名 | 　　　　　　　　　本店　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　出張所 |
| 預金種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

添付書類

　(1)　医療用ウィッグ等の購入に係る領収書の写し又は支払いの事実が確認できる書類

　(2)　がん治療受診証明書（様式第２号）又はがん治療を受けていることを証明する書類の写し

　(3)　その他町長が必要と認める書類