

与論町長 様

与論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、与論町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ				電話番号	
	氏 名	印				
	住 所	〒			対象者との続柄	
対象者	フリガナ				生 年 月 日	
	氏 名	□申請者と同じ 印			年 月 日	
	住 所	〒 □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(左記)と20,000 円の いずれか低い方の額)	
	年 月 日		円		円	
振 込 先	銀行 農業協同組合 信 用 金 庫 ()				支店名(ゆうちょ銀行は店名)	
	種別	口座番号			口座名義人(カタカナ)	
	普通・当座					
※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。 受任者 住所 氏名 印 申請者との続柄:						

添付書類

- (1) がん治療を受けた又は受けていることを証明する書類の写し(治療方針計画書、診療明細書等)
- (2) ウィッグ等の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し(領収書等)
- (3) 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
- (4) 与論町がん患者ウィッグ購入費助成事業の申請に関する権限の委任状(第3号様式)(対象者と申請者が異なる場合※対象者が未成年の場合であって保護者が申請するときを除く。)
- (5) その他町長が必要と認める書類