

益子町がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書

益子町長 広田 茂十郎 様

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

益子町がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、
がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の交付を受けたく次のとおり申請します。
また、この申請の審査にあたり、町が住民基本台帳及び町税の納付状況等について、調査
することに同意します。

対象者	ふりがな		生年月日	性別	住民となった年月日	
	氏名		昭和・平成 年 月 日	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	
がんの治療状況		医療機関名	主治医	治療方法		
				手術・放射線・薬剤・ その他（ ）		
がんの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 その他（ ）				
購入した補整具	医療用	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9※100円未満切捨て		
	ウィッグ	令和 年 月 日	円	(ア)	円	
	乳房補整具	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9※100円未満切捨て		
	(右側)	令和 年 月 日	円	(イ)	円	
	乳房補整具	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9※100円未満切捨て		
	(左側)	令和 年 月 日	円	(ウ)	円	
他からの補助金の有無			有 ・ 無	円		
申請金額の算定	医療用	補助金額限度額（30,000円）と（ア）のいずれか低い額		(A)	円	
	ウィッグ					
	乳房補整具	補助金額限度額（20,000円）と（イ）のいずれか低い額		(B)	円	
	(右側)					
	乳房補整具	補助金額限度額（20,000円）と（ウ）のいずれか低い額		(C)	円	
	(左側)					
補助金申請額			(A) + (B) + (C) の合計		円	

- 添付書類 (1) がん治療を受けている、又は受けていたことを証する書類
(2) 補整具の購入年月日及び購入経費の明細を証する書類
(3) 医療用ウィッグについては、脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証する書類
(4) ほかに補助金等の受給があるときはその交付決定通知書等（コピー可）
(5) ほかに町長が必要と認める書類