

今治市がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成申請書兼請求書

（宛名）今治市長

申請者（請求者） 住 所 今治市
 氏 名
 電話番号（ ）
 補整具等使用者との関係

ウィッグ及び補整具等購入費の助成を受けたいので、今治市がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、申請します。また、交付決定となったときは、別紙のとおり請求します。

申請額	円（①と②の合計額）		
ウィッグ及び補整具等使用者	氏 名		
	生年月日		
	住 所		
	電話番号		
がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法
			手術・放射線・薬剤 その他（ ）
ウィッグの購入	購入年月日	購入額（税込み）	①ウィッグ助成申請額
	年 月 日	円	3万円又は購入額（税込み）の2分の1 のいずれか少ない方の額 円
補整具等の購入	購入年月日	購入額（税込み）	②補整具等助成申請額
	年 月 日	円	3万円又は購入額（税込み）の2分の1 のいずれか少ない方の額 円
今治市における 本事業助成の有無	有 ・ 無 → 助成決定年月日（ 年 月 日）種類（ウィッグ・補整具等）		
確認事項	申請に係る対象経費について、医療保険各法による同種の給 付、並びに国又は他地方公共団体の助成を受けていない。		はい ・ いいえ
添付書類 (添付した書類に☑を 付けてください。)	<input type="checkbox"/> がんの治療を受けていることを証明する書類の写し <input type="checkbox"/> ウィッグ及び補整具等を購入した日付及び金額の明細が分かる書類（領収書等）		
今治市がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成金交付決定のため、地方公共団体、治療を受けた医療機関及び購入先等に対して調査することを承諾します。 また、申請に係る対象経費について、医療保険各法による同種の給付、過去に国や他の地方公共団体から助成を受けていないこと、虚偽の申請その他の不正な手段により助成金の交付を受けたことが明らかになった場合は、既に交付された助成金の全部又は一部を返還することを誓約します。 申請者氏名 _____			

別紙

今治市がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成金は、下記の口座に振り込んでください。

請求額（申請額）

円

金融機関名	銀行	本店
	金庫	支店／支所
	農協	出張所
普通預金 / 当座預金	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人 (※)		

※ 口座名義人は、請求者氏名と同一の必要があります。