

寒川町がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）寒川町長

（申請者）

〒

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

対象者との続柄 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

寒川町がん患者ウィッグ購入費助成金の交付を受けたいので寒川町がん患者ウィッグ購入助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

当該申請の審査に当たって行う確認事項（住民基本台帳の閲覧、寒川町財務規則（昭和40年寒川町規則第1号）第36条第2項第1号から第7号に規定する町の歳入の確認）に係る調査について同意します。

他で公的な購入費助成金の交付を受けていません。

対象者	フリガナ			生 年 月 日
	氏 名			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 ( )
購入したウィッグ	購入年月日		購入金額	
	年 月 日		円	
助成金申請金額	※購入金額に10分の9を乗じて得た額又は30,000円のいずれか低い方の額			
	円			
添付書類	<input type="checkbox"/> 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 次のいずれかを○で囲んでください。 ・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・その他 ( ) <input type="checkbox"/> ウィッグの購入年月日及び購入金額を証する書類（宛名のあるもの） <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類			

振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店			
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人					

※振込先は申請者名義に限ります。