

必ず消えないボールペンでご記入ください。

第1号様式（第5条関係）

寒川町がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書

令和 ○年 △月 □日

(宛先) 寒川町長

申請者は対象者と同一の方となります。(続柄:本人 領収書の宛名と同じ)。
※対象者が未成年の場合、申請者は対象者の保護者となります。

(申請者)
〒0000-0000
住所 寒川町宮山165番地
氏名 寒川 春子
対象者との続柄 母
電話 0467 (12)3467

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(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証)に係る調査に同意します。
- ☑他で公的な購入費助成金の交付を受けていません。

日中連絡の取りやすい番号を記入。携帯可。

がんの治療を受けている助成対象者。

対象者	フリガナ	サムカワ タロウ	生年月日	平成〇〇年△月□日		
	氏名	寒川 太郎				
	住所	〒253-0106 寒川町宮山 165 番地	電話番号	0467 (12)3467		
がんの治療状況	医療機関名	寒川町役場クリニック	主治医名	健康 三郎	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	令和5年4月12日	消費税を含みます。(領収書の金額です)	購入金額	32,000円
購入金額						28,800円
※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						
☑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 ()						写し可
☑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)						
☑その他町長が必要と認める書類 ・運転免許証(健康保険証)写し ・振込先が分かる通帳等の写し						

購入金額
32,000円 × 0.9 =
28,800円
(30,000円を超える場合は、30,000円とします。)

振込先	金融機関名	寒川 銀行 信金 信組 農協	寒川 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	サムカワ ハルコ 寒川 春子	1 2 3 4 5 6 7

※振込先は申請者名義に限ります。

口座名義は、申請者と同一人となります。