

(1)購入した医療用ウィッグ等の合計金額が3万円以内の場合

がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書

【記入例】
太枠内をご記入ください。

購入日から1年以内に
申請してください。
年 月 日

申請者 住所 **藤岡市中栗須327番地**
氏名 **藤岡 花子**
補助対象者との続柄 **本人**
電話番号 **0274-40-2808**

(補助対象者が未成年の場合は、保護者の氏名を記載)

藤岡市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付要綱第6条の規定に基づき、補助金の交付を受けたく次のとおり申請します。なお、申請に当たり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細等の閲覧並びに補助金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

補助対象者	ふりがな	ふじおか はなこ	
	氏名	藤岡 花子	
	生年月日	昭和49年 2月 8日生	
住所	〒	375-8601	
		群馬県藤岡市中栗須327番地 電話番号 0274 (40) 2808	
がんの治療状況	疾病名	悪性新生物	
	医療機関名	〇〇病院	
	治療方法	手術療法・化学療法・放射線療法・その他 (領収書の日付を記入)	
購入した医療用ウィッグ等	種類	人工乳房	胸帯
	購入日	2023年 4月 1日	2023年 4月 1日
	購入金額	3,000円	4,250円
補助金交付申請額	購入金額 (上限30,000円)		7,250 円
添付書類	1 医療用ウィッグ等の品名、購入年月日、購入に要した金額を記載した領収書 2 がん治療を要する旨の診断書等 3 市税の滞納を防止する旨の滞納防止手帳等 4 暴力団排除に関する誓約書 購入した医療用ウィッグ等の合計金額が3万円以内の場合 購入した医療用ウィッグ等の購入金額合計額をご記入ください。		

※処理欄	申請受付日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
	受付番号			交付・不交付

(2)購入した医療用ウィッグ等の合計金額が3万円を超える場合

がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書

【記入例】
太枠内をご記入ください。

購入日から1年以内に申請してください。 年 月 日

申請者 住所 **藤岡市中栗須327番地**
氏名 **藤岡 花子**
補助対象者との続柄 **本人**
電話番号 **0274-40-2808**

(補助対象者が未成年の場合は、保護者の氏名を記載)

藤岡市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付要綱第6条の規定に基づき、補助金の交付を受けたく次のとおり申請します。なお、申請に当たり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細等の閲覧並びに補助金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

補助対象者	ふりがな	ふじおか はなこ	
	氏名	藤岡 花子	
	生年月日	昭和49年	2月 8日生
がんの治療状況	住所	〒 375-8601 群馬県藤岡市中栗須327番地 電話番号 0274 (40) 2808	
	疾病名	悪性新生物	
	医療機関名	〇〇病院	
購入した医療用ウィッグ等	治療方法	手術療法・ 化学療法 ・放射線()	
	種類	医療用ウィッグ	
	購入日	2023年 4月 1日	年 月 日
補助金交付申請額	購入金額	64,000円	円
	補助金交付申請額	購入金額（上限30,000円） 30,000円	
添付書類	1 医療用ウィッグ等の購入書、領収書、領受書 2 がん治療を受け等) 3 市税の滞納がないこと 4 暴力団排除に関する誓約書	<p>領収書の日付を記入</p> <p>購入した医療用ウィッグ等の合計金額が3万円を超える場合 補助金交付申請額は上限の「3万円」となります。</p>	

※処理欄	申請受付日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
	受付番号			交付・不交付