別記様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

野木町長　様

住　　所

申請者 　氏　　名

電話番号

野木町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

　野木町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付要綱第７条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。

　また、この申請の審査に伴い、私の町税等の納付状況について、町が調査することに同意いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療用補整具に係る助成等の有無 | | | | 無　・　有 ⇒ （助成された補整具　　　　　　　　 　） | | | | |
| 申請する補整具 | | | □医療用ウィッグ | | □乳房補整具（右） | | | □乳房補整具（左） |
| 購入年月日 | | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | | | 年　　月　　日 |
| 購入金額（税込み） | | (ア) | 円 | | 円 | | | 円 |
| (ア)×0.9の金額  1円未満切捨 | | (イ) | 円 | | 円 | | | 円 |
| 交付上限額 | | (ウ) | ３０，０００円 | | ２０，０００円 | | | ２０，０００円 |
| (イ)と(ウ)を比べて低い金額 | | (Ａ) | 円 | | 円 | | | 円 |
| 交付申請額（購入した補整具ごと(Ａ)の合計）  （請求額） | | | | | 円 | | | |
| 振　込　先 | 金融機関名 | |  | | | 支店等名 |  | |
| 口座種別 | | 普通　・　当座 | | | 口座番号 |  | |
| 口座名義人 | | （フリガナ） | | | | | |
|  | | | | | |

添付書類

⑴　がん治療を受けていることを証する書類

⑵　医療用ウィッグの申請には、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

⑶　乳房補整具の申請には、乳房を切除したことを証する書類

⑷　補整具等を購入したことを証する書類

⑸　その他町長が必要と認めるもの