

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

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します。

また、この申請の審査に伴い、私の徴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		<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ	<input type="checkbox"/> 乳房補整具 (右)	<input type="checkbox"/> 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)		円		
振 込 先	金融機関名			支店等名
	口座種別	普通		口座番号
	フリガナ	-----		
	口座名義人			

添付書類

- (1) がん治療を受けていることを証する書類
- (2) 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
- (3) 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
- (4) 補整具等を購入したことを証する書類
- (5) その他町長が必要と認めるもの