

様式第1号（その1）（第5条関係）

市川市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入等費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

市川市長

市川市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入等費用補助金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

【誓約・同意事項】 下記の内容を確認し、誓約・同意する場合には、チェックしてください。

☐ 市が補助金交付の決定を行うため、住所等の確認のために申請者の住民登録の閲覧をすること、並びに、必要がある場合に
関係機関への照会又は診療明細を閲覧することについて、同意します。

☐ （ウィッグの申請の場合）：他の自治体から、がん患者ウィッグ購入等費用の補助は受けていないことを誓います。

☐ （胸部補整具の申請の場合）：他の自治体から、がん患者胸部補整具購入費用の補助は受けていないことを誓います。

申請者	フリガナ					生年月日	年 月 日								
	氏名					性別	男 ・ 女								
	住所	〒				電話番号	日中に連絡ができる電話番号をご記入ください。								
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（ ）										
がんの治療を受けていることを証する書類	診療明細書 ・ 治療方針計画書 ・ お薬手帳 ・ その他（ ） ※該当するものを○で囲む。														
購入又はレンタルをしたウィッグ	購入日		年 月 日		購入等に要した経費（税込）		申請額（3万円又は購入等に要した経費のいずれか少ない方の額）								
	レンタル期間		年 月 日 ～ 年 月 日		円		ア 円								
購入した胸部補整具	購入年月日		年 月 日		購入に要した経費（税込）		申請額（2万円又は購入に要した経費のいずれか少ない方の額）								
	年 月 日				円		イ 円								
本事業に係る補助の有無 ※いずれかを○で囲む	無 ・ 有 ➡		有の場合記載（交付決定日）		年 月 日 ☐ ウィッグ ☐ 胸部補整具		*同一項目での補助は、それぞれ1人につき1回までです。								
交付申請額	ウィッグ		胸部補整具		合計額										
	ア 円		イ 円		ウ 円										
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合				本店 支店 出張所									
	金融機関コード				店番号			口座番号							
	預金種別 （○で囲む）	1 普通		フリガナ											
		2 当座		口座名義 （申請者名義）											

【市記入欄】

添付書類 ☐ 領収書（原本）
☐ がんの治療を受けていることを証する書類

交付決定額 円

申請受理印