

様式第 1 号（第 4 条関係）

がん患者補正具購入助成金交付申請書

令和 年 月 日

湯沢市長 様

申請者 住所

氏名

対象者との関係（ ）

電話番号

がん患者補正具購入助成金の交付を受けたいので、湯沢市がん患者補正具購入助成金交付要綱第 4 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、市が他の自治体に助成実績、医療機関に治療内容及び補正具の購入先に購入内容を照会することに同意します。

対 象 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
補 正 具	1. ウィッグ（全頭用かつら）	2. 補正パッド又は人工乳房	
購 入 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
購 入 費 用	円	（補正パッド又は人工乳房の金額） 円	
		（下着の金額） 円	
助 成 限 度 額	円	円	
助 成 対 象 額	円	円	
助 成 申 請 額	円		
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・農協	本店・支店・出張所
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号
	口 座 名 義	(フリガナ)	

※添付書類

- （１）補正具の購入に係る領収書の写し（補正具を購入した日、品名、金額が記載されていること。ウィッグは全頭用、乳房補正具は補正パッド又は人工乳房であることが記載されていること。）
- （２）化学療法又は手術に関する説明書、診断書等がん治療に伴い脱毛又は乳房を切除したことを証明できる書類（がん治療を受けた又は現に受けていること、がん治療に伴い脱毛又は乳房を切除したことを証明できる書類）