

様式第1 (第5条関係)

稲沢市ウィッグ等購入費用助成事業補助金申請書

年 月 日

稲沢市長 殿

申請者 住所 〒

氏名 (自署)

補助金対象者との続柄 ()

電話番号 ()

対象者	ふりがな			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
がんの治療状況	医療機関名			
	疾患名			
	治療方法	手術・放射線・薬剤 その他 ()		
がん治療を受けたこと 又は現に受けていること 及びがん治療に伴う 脱毛又は外科的治療等 による外見の変化を証 する書類	・同意書 ・治療方針計画書 ・診断書 ・その他 () ※該当するものを○で囲み、写しを添付してください。			
補助対象経費	補整具の種類	ウィッグ	乳房補整具	エピテーゼ
	補整具について他からの助成の有無	無 ・ 有	無 ・ 有	無 ・ 有
	購入年月日 (領収書の日付)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	領収書の氏名及び本人との続柄	(続柄)	(続柄)	(続柄)
	購入費用	① 円(税込)	② 円(税込)	③ 円(税込)
	補助対象額	④ (①の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円	⑤ (②の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円	⑥ (③の1/2又は20,000円のいずれか少ない方の額) 円

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

(添付書類)

1. がん治療を受けたこと又は現に受けていること及びがん治療に伴い脱毛又は外見が変化したこと証する書類の写し(ウィッグの場合、ご本人名・脱毛原因の治療内容(抗がん剤名、切除術等)・医療機関名が記載されているもの。乳房補整具の場合、ご本人名・乳房切除術・医療機関名が記載されているもの。エピテーゼ(人工乳房を除く。)の場合、ご本人名・欠損した部位に関する治療内容又は切除術、医療機関名が記載されているもの)
2. 補整具の購入に係る領収書(原本)(購入者のフルネーム、購入日、購入金額、購入内容、発行者の名称及び住所の記載があるもの)

確認事項

にチェックを入れてください。

私は、審査に必要な情報(住民基本台帳等)の提供、確認及び調査に同意します。

私は、市税等の滞納はありません。

私は、稲沢市暴力団排除条例に規定する暴力団若しくは暴力団員又はこれらの者に密接な関係を有する者には、該当いたしません。