

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

大田原市長 様

申請者 住 所
氏 名

※自署してください。

電話番号

大田原市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

大田原市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。

| | | | |
|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 購入したもの | ウィッグ | 乳房補整具（右） | 乳房補整具（左） |
| 購入日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 購入金額 | 円 | 円 | 円 |
| 購入金額×0.9（A） | 円 | 円 | 円 |
| 申請額の算定（A）と限度額のいずれか低い額 | 限度額30,000円 円（B） | 限度額20,000円 円（C） | 限度額20,000円 円（D） |
| 交付申請額（請求額） （B）+（C）+（D） | 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 |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義 | | |

添付書類

- (1) 脱毛の副作用又は乳房切除を伴う治療を受けていることを証明する明細書又はこれに類するもの
- (2) 医療用ウィッグ又は補整具を購入したことを証明する領収書の写し
- (3) その他市長が必要と認めるもの

申請に当たり、私の市税等の納付状況について、市が調査することに同意します。

申請者氏名

※自署してください。