

様式第 1 号（第 5 条関係）

がん患者医療用ウィッグ及び補整具等購入費助成申請書

年 月 日

伊方町長 様

申請者 住所
氏名
続柄
(電話 — —)

医療用ウィッグ等購入費補助金の交付を受けたいので、伊方町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業実施要綱第 5 条の規定により申請します。
なお、助成金支給の資格審査のため必要な範囲において、診療明細の閲覧、治療を受けた医療機関及び購入先等へ調査することについて同意します。

対象者名	ふりがな氏名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	現住所		
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 ()	
他の公的助成金受給の有無	1 無 2 有 (☐ 医療用ウィッグ ☐ 乳房補整具)		
購入した補整具	1 医療用ウィッグ 2 乳房補整具		
購入年月日	年 月 日		
購入金額	円 (※付属品は含まない)		
助成金申請額	円 (※医療用ウィッグ 助成額上限 3 万円) 円 (※乳房補整具 助成額上限 3 万円)		

【添付書類】

- ・がんの治療を受けていることを証明する書類の写し（診療明細書、治療方針計画書等）
- ・補整具等の購入に係る領収書等（原本）（購入日、品名、購入金額の記載があるもの）