別 記

第1号様式（第6条）

がん患者アピアランスケア助成金交付申請書

年 月 日

横芝光町長 様

住 所

申請者 氏 名

生年月日

電話番号

横芝光町がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第6条第1項の規定により、ウィッグ等の購入等に係る助成を受けたいので、次のとおり申請します。

がんの 治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法
			化学療法・放射線療法・手術 その他（ ）
助成申請額	区 分	購入(レンタル開始)日 金額（税込）	助成申請額
	ウィッグ (購入・レンタル)	年 月 日 円	(ア) 円
	胸部補整具	年 月 日 円	(イ) 円
	エピテーゼ	年 月 日 円	(ウ) 円
	合 計 (ア)+(イ)+(ウ) (上限5万円)		円
横芝光町以外からの助成金その他これに相当するものの受給の有無			有 ・ 無
添付書類 添付した書類に☑ を付けてください	☐ がん治療を受けたこと又は現に受けていることが確認できる書類の写し ☐ ウィッグ等を購入した場合 購入費に係る領収書 (購入したものが助成対象品であることの記載があるもの) ☐ ウィッグ等をレンタルした場合 契約書の写し及びレンタルに要した費用に係る領収書 ☐ 振込先口座（申請者名義）が分かる通帳等の写し		

注) 区分のうちウィッグは、購入又はレンタルに○を付ける。

承 諾 書

本申請に係る審査のため、住民基本台帳及び課税台帳等を確認することについて承諾します。

承諾者氏名（自署） _____