様式第１号（第６条関係）

内子町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

　　　　年　　月　　日

内子町長　様

内子町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金交付要綱第６条第１項の規定により、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 | 〒 | 助成対象者との続柄 |  |
| 助成対象者 | □申請者と同じ | ※助成対象者本人が申請する場合は、この欄は記入不要です。※助成対象者本人以外が申請する場合は、委任状が必要です。 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 | 〒 |
| 助成対象経費 | 区分 | （１）ウィッグ | （２）乳房補整具 |
| 物品の種類（該当に☑） | □かつら（ウィッグ）□髪付き帽子□ネット※かつら(ウィッグ)と同時申請する場合のみ対象□その他（　　　　　　　　　　　　） | □補整下着□補整パッド□人工乳房□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 購入日 | 年　　　　月　　　　日　 | 年　　　　月　　　　日　 |
| 購入金額(税込)（千円未満切捨て） | ㋐ | 円　 | ㋓ | 円　 |
| 助成限度額 | ㋑ | 　　　　　３０，０００円　 | ㋔ | ３０，０００円　 |
| 助成対象額 | ㋐ 又は ㋑ のいずれか低い額 | ㋓ 又は ㋔ のいずれか低い額 |
| ㋒ | 円　 | ㋕ | 円　 |
| 助成申請額 | 円　（※㋒と㋕の合計）　 |
| 確認事項 | □私は、下記の事項を確認の上同意します。・助成対象経費について、国、他の地方公共団体等の助成を受けていません。・内子町暴力団排除条例（平成23年条例第25号）第２条第２号に規定する暴力団員及び同条第３号に規定する暴力団員等には該当しません。町が必要な場合は、警察に照会することに同意します。・町が住民基本台帳を確認すること及び助成金の審査に必要な範囲で医療機関に対し疾病、治療内容等について調査することに同意します。 |
| 添付書類（添付した書類に☑をつけてください） | □ウィッグ又は乳房補整具の本体の購入費用、購入日等が分かる書類（領収書等）の写し□ウィッグを購入した方は、抗がん剤治療その他の頭髪の脱毛の副作用があるがんの治療を受けたことが分かる書類（診療明細書、治療方針計画書等）の写し□乳房補整具を購入した方は、がんの手術療法により乳房を切除したことが分かる書類（診療明細書、治療方針計画書等）の写し□その他町長が必要と認める書類 |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別（該当に☑） | □普通　□当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人（助成対象者） |  |