

別記様式（第4条関係）

羽曳野市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補正具購入費用助成金
交付申請書兼請求書

羽曳野市長 様

下記のとおり、羽曳野市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補正具購入費の助成を受けたいので申請及び請求します。

また、助成金の交付要件の該当性を審査するため、市長が必要な住民基本台帳情報の確認を行うことに同意します。

申請日 年 月 日

申請者 住所
氏名 印
続柄 電話

助成対象者	住所							
	フリガナ 氏名							
	電話番号		生年月日		年	月	日	
助成対象費用	医療用ウィッグ		円	購入日		年	月	日
	乳房補正具(右側)		円	購入日		年	月	日
	乳房補正具(左側)		円	購入日		年	月	日
振込先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所				
	普通・当座・貯蓄	口座番号						
	口座名義人	(カタカナで記入)						

代理人が助成金の申請・受領を行う場合は、記入してください。

委任状 私は、上記の申請者を代理人と認め、羽曳野市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補正具購入費用助成金の、（申請及び受領・申請）を委任します。

助成対象者 _____ 印
(自署又は記名押印をお願いします。)

※以下は、記入しないで下さい

添付書類	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ：医師の診断書その他の脱毛の副作用がある抗がん剤治療を現に受けていること又は当該治療を受けた後の経過観察中で通院していることを明らかにする書類（医師の診断書や説明書、治療計画書など）						
	<input type="checkbox"/> 乳房補正具：乳がん治療に伴う外科的治療を受け、乳房の変形が認められること及び当該変形に係る部位を明らかにする書類（手術に関する説明書や診断書、治療方針計画書など）						
<input type="checkbox"/> 助成対象用具の購入額及び購入日を明らかにする書類（購入日、品名、助成対象費用の金額を記載したもの）							
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
助成決定額							円
	受付番号						
	受付日		年 月 日				
受付担当者							