

別 記

第 1 号様式（第 5 条関係）

山武市がん患者ウィッグ及び胸部補整具等購入費用等助成金交付申請書（兼交付請求書）

年 月 日

（宛先）山武市長

申請者 住所 山武市
ふりがな
氏名 ㊟

対象者が未成年の場合には以下を記入してください。
（対象者との続柄 ）
（生年月日 年 月 日）
（電話番号 ）

山武市がん患者ウィッグ及び胸部補整具等購入費用等助成金交付要綱第 5 条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ必要書類を添えて申請（請求）します。
・過去に他自治体や山武市において同一区分によるウィッグ又は胸部補整具等購入に係る同様の助成を受けていません。
・申請に係る対象経費について、医療保険各法による保険給付となる経費はありません。

対 象 者	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	氏名		電話番号			
			メールアドレス			
	住所	〒 - 山武市				
診断名						
助 成 対 象 費 用	区分	☐ ウィッグ		☐ 胸部補整具等		
		医療用ウィッグ、装着ネット、毛付き帽子等		補整下着、補整パッド エビテアーゼ（人工乳房（埋め込み式を除く）、人工ニップル等）		
	購入日又は レンタル開始日	年 月 日		年 月 日		
	助成申請額	【 3 万円または購入費用等の <u>いずれか少ない方の額</u> 】 円（税込）		【 2 万円または購入費用等の <u>いずれか少ない方の額</u> 】 円（税込）		
（申 請 者） 振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 信用組合 農協		支店名	支店・支所・出張所	
	口座名義人	カナ		口座 番号	普通 ・ 当座	
		氏名				
同 意 事 項	私は、山武市がん患者ウィッグ及び胸部補整具等購入費用等助成金対象者の要件を確認するため、市が住民基本台帳及び市税等の納付状況を調査することに同意します。また、市から医療機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会することに同意します。 申請者氏名					
添 付 書 類	☐ がん治療を確認できる書類（診断書、治療方針計画書、化学療法に関する説明書等）の写し ☐ ウィッグ又は胸部補整具等の購入等に要した費用の支払いを証する書類（支払い日が記載されている領収書等） ☐ 本人確認書類の写し（マイナンバーカード、運転免許証等いずれか一つ） ☐ 振込先金融機関の名義人及び口座番号が確認できるものの写し（通帳、キャッシュカードの写し等） ☐ 医療用ウィッグ等をレンタルした場合は契約書の写し ☐ 申請を委任する場合は受任者の本人確認書類の写し、委任状					