

別記

様式第1号（第7条関係）

海田町がん患者ウィッグ購入費助成申請書

海田町長 様

申 請 日 年 月 日

申 請 者 氏 名

申請者住所 〒

助成対象者との関係（例：本人、父、母、子など）

連 絡 先(日中に連絡可能な電話番号)

私は、海田町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱による助成金を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

また、申請内容の確認等に必要な場合は、海田町から、医療機関に治療内容等、また購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

1 助成対象者 ※1人1回限り	氏 名				☐ 申請者と同じ		
	住 所				☐ 申請者と同じ		
	生年月日				年 月 日		
2 助成対象費用 ※ケア用品(消耗品、スタンド、ブラシなど)は対象外	購入ウィッグ ※該当するものに☑		☐ 全頭用ウィッグ		☐ 頭皮保護用ネット		
	購入年月日※複数の場合は併記				年 月 日		
	購入金額 ※複数の場合は併記				円 (消費税を含む)		
3 助成申請額	申請額				円		
	※購入金額(複数の場合は合計額)の2分の1の額(千円未満切り捨て)、もしくは50,000円(上限額)のいずれか低い方						
4 添付書類 ※全て☑を付けること	☐	① 広島県がん患者ウィッグ購入費助成決定通知書(コピー)					
	☐	② 対象ウィッグに係る領収証等(コピー) ※購入日、購入者氏名(申請者又は助成対象者)、領収金額に係る全ての購入品名及び購入金額の内訳(内訳書や明細書の添付も可)の記載が必要					
	☐	③ がんの診断及び治療内容が分かる書類(コピー) ※氏名、医療機関名、病名、治療による副作用「脱毛」の記載が必要 【例】治療に関する同意書、計画書、説明書など(複数添付による確認可)					
	☐	④ がんの治療を受けたことが分かる書類(コピー) ※氏名、医療機関名、日付、治療内容の記載が必要 【例】診療説明書、お薬手帳など(複数添付による確認可)					
	☐	⑤ 振込先口座の確認書類(通帳のコピー等) ※金融機関名、支店名、預金種別、口座名義(カタカナ)、口座番号の確認					
5 振込先口座 ※申請者名義のものに限る	金融機関名				銀行・金庫・組合・その他()		
	支店名				本店・支店・出張所・その他()		
	口座種別		普通		当座		
	口座番号(右詰め)						
	口座名義(カタカナ)						

※申請に当たっては、必ず裏面の「注意事項」をご確認ください。

■ 注意事項

- 1 この申請は、広島県がん患者ウィッグ購入費助成決定通知書の通知日から1年以内に行ってください。
- 2 助成決定及び助成金額は、海田町健康づくり推進課から文書で通知します。
なお、助成できない場合も、その理由を付して文書で通知します。
- 3 書類に不備がある場合など、助成金を交付できないことがあります。
- 4 本事業による助成は助成対象者1人につき1回限りです。
- 5 既に他の市町村で同様の助成を受けている場合は、助成の対象となりません。
- 6 この申請書の提出をもって、海田町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱の規定に同意したものとみなします。