様式第1号(第5条関係)

　　年　　月　　日

色麻町長　殿

色麻町医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書

申請者：　　　　　　　 　　印（続柄：　　　）

住所：色麻町

電話番号：

色麻町医療用ウィッグ等購入費助成金交付事業実施要綱第５条第１項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

　なお、町職員が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において住民記録や診療明細、世帯の課税状況を閲覧し、及び治療を受けた医療機関、購入先等へ聴取することについて同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | （男・女） | 生年月日 | 年　　　月　　　日  （　　　　歳） |
| 住　　所 | 色麻町 | | |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－ | | |
| 購入物 | □ウィッグ  □乳房補正具（右側・左側） | | |
| 購入金額 | 円 | 購入日 | 年　　　月　　　日 |
| 他の公的助成金受給の有無 | 無□　　有□（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 振　　込　　先 | | | |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義 |  | | |

注１：振込口座は申請者名義（未成年者の場合は保護者名義）に限ります。

　２：宮城県の補助事業を活用しているため、世帯の課税状況を確認します。

添付書類【保健福祉課処理欄】

□ウィッグ等の購入に係る領収証の写し又は支払いの事実が確認できる書類

□がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていることを証する書類の写し

　（□診療明細書　□診療方針計画書　□お薬手帳　□その他　　　　　　　）

□振込口座番号が分かるもの

□その他町長が必要と認める書類