

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

湧水町長 殿

湧水町がん患者ウィッグ購入費助成事業交付申請書

私は、湧水町がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			電話番号
	氏名			
	住所	〒		対象者との続柄
対象者	フリガナ			生年月日
	氏名	□申請者と同じ		年 月 日
	住所	〒		□申請者と同じ
がんの治療状況	医療機関名			
	主治医名		治療方法	手術・化学・放射線 その他()
過去の受給の有無※		有 ・ 無 ※過去に購入助成を受けたことがある場合は、「有」に○を付けてください。		
購入したウィッグ	購入年月日	購入費(税込価格) ※ウィッグ1台(保護用ネット含む) ※付属品等は含まない。	助成申請額 (上限2万円)	
	年 月 日	円	円	

添付書類

- (1) がん治療受診証明書又は治療内容を証明する書類の写し(診療明細書, 治療方針計画書等)
- (2) ウィッグ等の購入年月日及び購入金額を証する書類の写し(領収書等)
- (3) 本人を確認する書類の写し(住民票, 運転免許証, 医療保険証等)
- (4) その他町長が必要と認める書類