

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

西条市長

殿

（申請者）

住 所 西条市

氏 名

電話番号（ ）

助成対象者との関係

西条市がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成申請書

ウィッグ及び補整具等購入費の助成を受けたいので、西条市がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて、申請します。

申請額	円		
助 成 対 象 者	氏 名		
	生 年 月 日		
	住 所		
	電 話 番 号		
が ん の 治 療 状 況	医 療 機 関 名	主 治 医 名	治 療 方 法
			手術・放射線・薬剤 その他（ ）
ウ ィ ッ グ の 購 入	購入年月日	購入額(税込み)	ウィッグ助成申請額
	年 月 日	円	3 万円又は購入額(税込み)の 2 分の 1 のいずれか少ない方の額 円
補 整 具 等 の 購 入	購入年月日	購入額(税込み)	補整具等助成申請額
	年 月 日	円	3 万円又は購入額(税込み)の 2 分の 1 のいずれか少ない方の額 円
西条市における本 事業助成の有無	有 ・ 無 →助成決定年月日（ 年 月 日） 種類（ウィッグ・補整具等）		
添 付 書 類 (添付した書類に☑を 付けてください。)	☐ がんの治療を受けていることを証明する書類の写し ☐ ウィッグ及び補整具等を購入した日付及び金額の明細が分かる書類（領収書等）		
西条市がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成金交付決定のため、地方公共団体、治療を受けた医療機関及び購入先等に対して調査することを承諾します。また、過去に国や他の地方公共団体から助成を受けていないことを申し添えます。 申請者氏名 この申請者氏名については、本人が署名してください。			