

記入上の注意

日付は、空欄でお願いします。

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

西条市長

殿

（申請者）

電話は、日中連絡がとれる番号をご記入ください。

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。

金額は空欄でお願いします。

円

申請額

ご記入ください。

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

日付・金額は

空欄でお願いします。

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

☒ がんの診断書（写し）

（添付した書類に☒を
付けてください。）

☒ 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）

書類を添付したら☒を入れてください。

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。

お名前をご記入ください。