

様式第1号（第5条関係）

令和8年度砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

砥部町長 様

砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	㊟	電話番号		
	住所	〒		助成対象者との続柄	
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※助成対象者本人が申請する場合は、この欄は記入不要です。				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	㊟	電話番号		
	住所	〒			
助成対象経費	区分	(1) ウィッグ等		(2) 乳房補整具等	
	物品の種類 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> ネット（ウィッグと同時に申請する場合のみ対象） <input type="checkbox"/> 髪付き帽子 <input type="checkbox"/> 医療用帽子 <input type="checkbox"/> 抗がん剤治療用頭皮冷却キャップ		<input type="checkbox"/> 補整下着 <input type="checkbox"/> 補整パッド <input type="checkbox"/> 人工乳房（乳房再建術等によって体内に埋め込まれたものを除く。） <input type="checkbox"/> 専用入浴着	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	※複数の場合は最も古い購入日を記入				
	購入費用 ×1/2 (千円未満切捨て)	ア	円	エ	円
	助成限度額	イ	30,000円	オ	30,000円
	基準額	《ア又はイのいずれか低い額》		《エ又はオのいずれか低い額》	
ウ		円	カ	円	
助成申請額		円（※ウとカの合計）			

確認事項		<input type="checkbox"/> 私は、次の事項を確認の上同意します。 ・助成対象経費について、国、他の地方公共団体等の助成を受けていません。 ・町が住民基本台帳を確認すること及び助成金の審査に必要な範囲で医療機関に対し疾病、治療内容等について調査することに同意します。					
添付書類 (添付した書類に☑をつけてください)		<input type="checkbox"/> 助成対象補整具等を購入した日付及び金額を証する書類 <input type="checkbox"/> ウィッグ等を購入した方は、副作用により脱毛が生じる治療（抗がん剤治療、放射線照射等）を受けたことを証する書類 <input type="checkbox"/> 乳房補整具等を購入した方は、手術により乳房を切除する治療を受けたことを証する書類 <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信用組合・農協				支店名	本店・支店 出張所
	口座番号					カナ	
	普通・当座 (どちらかに○)					口座名 義人	氏名

※助成対象者と口座名義人が異なる場合は、次の委任状欄に記入・押印してください。ただし、未成年の場合は不要です。

委任状	
(宛先) 砥部町長 様	年 月 日
委任者 (助成対象者)	
住所	
氏名	Ⓜ
次の者に砥部町がんの治療に係るウィッグ等購入費助成金の受領を委任します。	
受任者 (口座名義人)	
住所	
氏名	