

別記第 1 号様式（第 6 条関係）

がん患者ウィッグ等購入費等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

九十九里町長 様

申請者 住所
氏名
生年月日
電話番号

がん患者ウィッグ等購入費等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

がんの 治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法
			化学療法・放射線療法・手術・その他 ()
ウィッグの 購入又は レンタル	購 入 日	購入・レンタル額	助成申請額
	年 月 日	円	円
	レンタル期間		
	年 月 日～ 年 月 日		
		☐ 購入 ☐ レンタル	
胸部補整具 の購入	購 入 日	購 入 額	助成申請額
	年 月 日	円	円
エビテーゼ の購入	購 入 日	購 入 額	助成申請額
	年 月 日	円	円
添付書類	☐ 脱毛、乳房切除等を伴うがん治療を過去に受けた、又は現に受けていることを証する書類の写し ☐ ウィッグ等の購入等の支払を証する書類 ☐ カタログ、品名、品番、メーカーなどが分かるものの写し （領収書に購入したものが助成対象品であることの記載がない場合） ☐ レンタルの場合は、契約書の写し ☐ 振込口座（申請者名義）の分かる通帳等の写し		
同意及び 誓約事項	☐ 申請書の審査のため、住民基本台帳及び町税の納付状況等を確認することについて承諾します。 ☐ 本町以外からのがん治療を受けた者に対する類似の助成を受けていません。 ☐ 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号）に規定する暴力団員等ではありません。 誓約者氏名（自署）_____		