

取手市長 殿

申請者 住所 〒

取手市

氏名

電話番号

取手市がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

下記のとおり、ウィッグ等購入費助成金の交付の申請をします。

助成対象者	ふりがな -----		生年月日		
	氏名		年 月 日 (歳)		
がんの 治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> その他 ()		
助成対象 経費の種類	ウィッグ	購入日 年 月 日			
		レンタル期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
		購入額（税込）		[ア]	円
		レンタル額（税込）			
		県補助金交付（有・無） ※有の場合は金額を記入		[イ]	円
		対象費用 ※ [ア] から [イ] を差し引いた額		[ウ]	円
	[ウ] に2分の1を乗じて得た額 ※1,000円未満切捨て		[エ]	円	
	申請額（2万円と [エ] の低い額）		[オ]	円	
	乳房補整具	購入日 年 月 日			
		レンタル期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
		購入額（税込）		[カ]	円
		レンタル額（税込）			
県補助金交付（有・無） ※有の場合は金額を記入		[キ]	円		
対象費用 ※ [カ] から [キ] を差し引いた額		[ク]	円		
[ク] に2分の1を乗じて得た額 ※1,000円未満切捨て		[ケ]	円		
申請額（2万円と [ケ] の低い額）		[コ]	円		
助成金交付申請額（ [オ] と [コ] の合計）			円		

添付書類

- (1) ウィッグ等の購入等の日及び購入又はレンタルに要した金額の明細が分かる書類
- (2) がん治療の受診を証明する書類又は県補助金の交付を受けている場合にあっては、当該県補助金の交付を受けていることが分かる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

同意事項

取手市がん患者ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添え申請します。なお、次のことについて同意します。

- 助成金の交付決定に必要な範囲内において、市が保有する住民基本台帳及び市税の滞納状況に係る個人情報を確認すること。
- 市が、医療機関に治療内容を照会し、及び購入・レンタル先に購入・レンタル内容を照会すること。
- 市が、茨城県に県補助金の交付内容を照会すること。