様式第１号（第６条関係）

**川崎町医療用ウィッグ・補正具購入費助成金支給申請書**

　　年　　月　　日

川崎町長　　殿

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　印（続柄 　）

電話番号

川崎町医療用ウィッグ・補正具購入費助成金支給要綱第６条第１項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、町職員が助成金支給の資格審査のために必要な範囲において、住民記録を閲覧することについて同意します。

**記**

**支給申請額　　　　　　　　　　　円**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生 年 月 日 | 　　年　　月　　日 |
| 補 正 具 等の 区 分 | １　医療用ウィッグ２　乳房補正具（　右側　・　左側　） |
| 購 入 金 額 | 円 | 購　入　日 | 　　　年　　月　　日 |
| 助成金の受領の有無 | １　有　　・　　年度　　・補正具等の区分：ウィッグ・乳房補正具（右・左）２　無 |
| 振　込　先 |
| 金融機関名 |  | 支店名 | 　　　　 |
| 預 金 種 別 | 　　普通　　・　　当座　　・　その他（　　　　） |
| 口 座 番 号 |  |
| （ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ）口 座 名 義 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※注意事項振込口座は申請者名義に限ります。

添付書類

⑴補正具等の購入に係る領収書の写し又は支払の事実が確認できる書類（購入した日、品名、金額の記載のあるもの。）

⑵がん治療受診証明書（様式第２号）又はがん治療を受けていることを証する書類

⑶照会同意書（様式第３号）