

佐野市長 様

**対象者となる本人
の名前等を記入**

申請者 住所
電話
氏名
生年月日

佐野市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付を受けたく次のとおり申請します。

また、この申請の審査にあたり市民税等納付状況について、佐野市が調査確認することに同意します。

なお、当該補正具に対し、他の制度による助成金等の交付は受けておりません。

がん治療の医療機関名 ()		治療方法：手術・放射線・薬剤・その他 () 確認書類：診療明細書・治療方針計画書・その他 ()				
購入した補正具	医療用ウィッグ	購入年月日 年 月 日	購入経費 円	購入経費×0.9 ※1,000円未満切捨 (ア) 円		
	乳房補正具(右側)	年 月 日	円	(イ) 円		
	乳房補正具(左側)	年 月 日	円	(ウ) 円		
申請金額の算定	医療用ウィッグ	30,000円と(ア)のいずれか低い額		(A)	円	
	乳房補正具(右側)	20,000円と(イ)のいずれか低い額		(B)	円	
	乳房補正具(左側)	20,000円と(ウ)のいずれか低い額		(C)	円	
補助金申請額		(A) + (B) + (C) の合計			円	

- *添付書類 (1) がん治療を受けていること、又は受けていたことを証する書類
(2) 補正具の購入年月日及び購入経費の明細を証する書類
(3) 医療用ウィッグは、脱毛の副作用があるがん治療を受けていることを証する書類

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 出張所				
	預金種別	1. 普通	2. 当座	口座番号					
	フリガナ								
	口座名義人	対象者となる本人 名義のものを記入 (申請者と同じ)							