

【申請書の記載例】

様式第1号（第5条関係）

檜原市がん患者ウィッグ及び乳房補正具購入費助成金交付申請書

令和 ○年 ○月 ○日

(宛先) 檜原市長

住所	檜原市軟傍町9-1
氏名	健康 太郎 <small>(口座名義人と同一)</small>
電話番号	〇〇-〇〇〇〇

檜原市がん患者ウィッグ及び乳房補正具購入費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

助成対象者	フリガナ	ケンコウ タロウ	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日
	氏名	健康 太郎	電話番号	〇〇-〇〇〇〇
	住所	〒634-0065 檜原市軟傍町9-1		
購入した補正具	区分	ウィッグ	乳房補正具	
	補正具の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ <input checked="" type="checkbox"/> 保護ネット	<input type="checkbox"/> 人工乳房(左右両房) <input type="checkbox"/> 補正下着	
	購入日	令和 6年 5月 1日	年 月 日	
	上記で☑した品の購入金額の合計	85,000円(税込)	円(税込)	

※助成金額は、購入金額の1/2で限度額は20,000円です。また、助成金額に100円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額となります。

助成申請額 <small>1つの項目につき上限20,000円</small>	20,000 円
---	----------

市記入欄

決定番号	
承認・却下	決定額 円

住所・氏名・日中連絡のつく電話番号をご記載ください。

助成対象者の氏名・フリガナ・生年月日・日中連絡のつく電話番号・住所をご記載ください。

購入した補正具の種類にチェックしてください。

人工乳房にチェックした場合、左・右・両房のいずれかに丸印をつけてください。

領収書等に記載の購入日・購入金額をご記載ください。

領収書等に助成対象外商品の代金が含まれている場合、対象となる商品の代金のみをご記載ください。

上記で記載した購入金額の1/2の金額（100円未満の端数切捨て）を記載してください。

ただし、20,000円を超える場合、「20,000円」と記載してください。

【添付書類】

- ・ 檜原市がん患者ウィッグ及び乳房補正具購入費助成金交付に係る同意書（様式第2号）
- ・ 檜原市がん患者ウィッグ及び乳房補正具購入費助成金交付請求書（様式第5号）
- ・ 領収書等
- ・ がんと診断されたこと、がん治療したことがわかる書類
- ・ 抗がん剤使用等の治療が分かる書類【ウィッグ申請時のみ】
- ・ 外科的治療による乳房摘出術と部位が分かる書類【乳房補正具申請時のみ】
- ・ 通帳またはキャッシュカードの写し
- ・ 本人確認書類
- ・ チェックシート