

様式第1号 (第5条関係)

檀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

年 月 日

(宛先) 檀原市長

住 所 _____

氏 名 _____

(口座名義人と同一)

電話番号 _____

檀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		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	
	住所	〒		
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 type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ <input 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	年 月 日	年 月 日	
	上記で☑した品の購入金額の合計	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	円
1つの項目につき上限20,000円	

市記入欄

決定番号		
承認 ・ 却下	決定額	円