

富田林市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補正具購入費助成事業申請書

年 月 日

富田林市長 様

申請者	住所
	氏名
	続柄 TEL

下記のとおり、がん患者医療用ウィッグ及び乳房補正具購入費の助成を申請します。  
 なお、市が助成要件（住所等）を住民基本台帳等により確認することに同意します。

助成対象者	ふりがな						生年月日	年 月 日生（ 歳）
	氏名							
助成対象費用	住所	〒 -					電話番号	（ ）
	ウィッグ	円					購入日	年 月 日
助成対象費用	乳房補正具	円					購入日	年 月 日
	申請金額	金					円	（ウィッグ 上限2万円 乳房補正具 上限2万円）
振込先口座	金融機関名	銀行 金庫 農協					支店 出張所名	本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	ふりがな 口座名義人					店番号【 】
	口座番号						(左詰記入)	

※ 添付書類

- 「がん治療に伴い脱毛又は乳房を切除したこと」を証明する書類  
 （化学療法又は手術に関する説明書や診断書、診療明細書、お薬手帳、治療方針計画書など）
- 購入したがん患者医療用ウィッグ及び乳房補正具の領収書（原本）
- 振込先金融機関の通帳又はカード
- 委任状（助成対象者と申請者が違う場合）

市記入欄

担当者	治療等証明書	領収書	住基確認	支給・不支給	委任状 (必要時)