

様式第 1 号（第 5 条関係）

神崎町がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費等費用助成申請書

年 月 日

神崎町長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費等費用の助成を受けたいので、神崎町がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費等費用助成に関する要綱第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

記

がんの 治療状況	医 療 機 関 名							
	主 治 医 名							
	治 療 方 法	化学療法・放射線療法・その他（ ）						
ウィッグの購入 又はレンタル	購 入 年 月 日	年 月 日						
	購 入 金 額	円						
	レンタル期間	年 月 日～ 年 月 日						
	レンタル金額	円						
胸部補整具の 購 入	購 入 年 月 日	年 月 日						
	購 入 金 額	円						
他の自治体を実施するがん治療の助成の受給		有 ・ 無						
振 込 先	金 融 機 関	銀行・組合 信用金庫・農協				本店 支店・支所		
	種 別	普通 ・ 当座						
	口 座 番 号							
	フ リ ガ ナ							
	口座名義人							

※添付書類

- ①がんの治療又は乳房の手術をしたことを証する書類
- ②ウィッグの購入若しくはレンタル又は胸部補整具の購入に係る領収書
- ③ウィッグのレンタルの場合にあっては、契約書の写し
- ④振込口座のわかるもの（口座の写し等）
- ⑤その他町長が必要と認める書類