

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

南九州市長 様

住 所
氏 名 (※)
(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
電話番号

がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書

南九州市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

がんの治療状況	医療機関名			
	主治医名	治療方法	手術・化学・放射線 その他()	
過去の受給の有無		有 ・ 無		
購入した ウィッグ等	購入年月日	購入費(税込) ※ウィッグ1台(保護用ネット含む) ※ケア用品等は含まない。	助成申請額 (2万円と購入費(左記)のいずれか 低い方の額)	
	年 月 日	円	円 (1,000円未満切捨て)	

添付書類

- 1 がん治療受診証明書又は治療内容を証明する書類の写し（治療方針計画書，診療明細書等）
- 2 領収書の写し（申請者の氏名，購入年月日，購入金額を証する書類の写し，品名，台数（個数），領収書の発行元の名称及び住所の記載のあるもので，医療用ウィッグが全頭用であることが記載されているもの）