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

がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

南九州市がん患者ウィッグ等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（ウィッグ） | 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） |
| 過去の受給の有無(乳房（胸部）補整具) | 有　　・　　無 |
| 購入した乳房（胸部）補整具 | 購入年月日 | 購入費（税込）※ケア用品等は含まない。 | 助成申請額（１万円と購入費（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）