

# 記入見本



で囲んでいるところを記入してください。

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

宇和島市長 様

電話は、日中連絡が取れる番号をご記入ください。  
助成対象者が18歳未満の場合は、法定代理人が申請者となります。

ウィッグ及び胸部補整具購入費助成申請書兼請求書

(請求者)

住 所  
氏 名  
電話番号  
助成対象者との関係

ウィッグ及び胸部補整具購入費の助成を受けたいので、宇和島市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、申請します。また、助成金の交付決定及び支給に係る業務に要する内容について住民基本台帳の閲覧、関係医療機関等への照会を行うことに同意します。

助成対象者	フリガナ			性別	
	氏 名			男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日 (申請時の年齢 歳)			
	住 所	〒			
	電話番号				
がんの治療状況	医療機関名	主治医名		治療方法	
				□手術 □放射線 □薬剤 その他 ( )	
宇和島市における 本事業助成の有無	有 ・ 無	助成決定年月日 ( 年 月 日 )	その他の 公的助成金 支給の有無	有 ・ 無	
ウィッグの購入	購入年月日	①購入経費	②(④の1/2の額)	③ウィッグ助成申請額	
	年 月 日	※付属品、ケア用品、 送料は含まない 円	円	円	
胸部補整具の購入	購入年月日	④購入経費			
	年 月 日	※付属品、ケア用品、 送料は含まない 円	円	円	
助成金申請金額 (③+⑥)			¥	円	
振込先	金融機関	金融機関名	支店名	種別	口座番号
		銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座	
	ゆうちょ 銀行	通帳記号		通帳番号 (右詰で記入)	
	フリガナ	の			
口座名義					

口座名義は助成対象者と同一にしてください。  
(助成対象者が18歳未満の場合は申請者で可)

## 添付資料

- がん治療を受けていることを証明する書類の写し (治療方針図書、薬物療法に関する説明書等)
- ウィッグ及び胸部補整具を購入した日付及び金額の明細が分かる書類の原本 (領収書等)
- 振込先の金融機関名、支店名、預金種目、口座名義人、口座番号が分かるページの写し
- 委任状 (様式第2号) (申請者と対象者が異なる場合) ※対象者が未成年の場合を除く。