第１号様式（第４条関係）

記入しないでください。

知多市ウィッグ等購入費交付金交付申請書

　　年　　月　　日

　知多市長　　　　　　　　様

　申請者　住　　　　所　**知多市新知字永井２－１**

　　　　　氏　　　　名　**知　多　太　郎**

　生年月日　**平成○年〇月○〇日**

　　　　　電話番号　**０５６２－５４－１３００**

　知多市ウィッグ等購入費交付金交付要綱第４条第１項の規定により、次のとおり知多市ウィッグ等購入費交付金の交付を申請します。

対象者の情報に本様式右上の申請者と同じ内容がある場合は、☐に✓を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな | **ちた　はなこ** | 生年月日 | **昭和○○年○月○日**☐申請者と同じ |
| 氏　名 | **知　多　花　子**☐申請者と同じ |
| 住　所 | 〒☑申請者と同じ |
| がんの治療状況 | 医療機関名 | **〇〇病院** |
| 疾患名 | **乳がん** |
| 治療方法 | **手術**・**放射線**・薬剤・その他（　　　　　　） |
| がん治療を受けた又は現に受けていること及びがん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類 | ・**お薬手帳**　　　・治療方針計画書　　　・同意書・その他（　　　　　　　　　　　　）※いずれかを〇で囲み、写しを添付してください。 |
| 補助対象経費 | 補整具の種類 | ウィッグ | 乳房補整具 |
| 補整具について過去の補助の有無 | **無**　・　有 | **無**　・　有 |
| 購入年月日（領収書の日付） | **令和４**年**７**月**１**日 | **令和４**年**５**月**２０**日 |
| 領収書の名前及び本人との続柄 | 　**知多 太郎**（続柄　**長男**） | 　**知多 太郎**（続柄　**長男**） |
| 購入費用 | ①　　　　　　　円（税込）金額の欄は記入しないでください。 | ②　　　　　　　　（税込） |
| 補助対象額 | ③（①の１/２又は20,000円のいずれか少ない方の額）　　　　　　　　　　　円 | ④（②の１/２又は20,000円のいずれか少ない方の額）　　　　　　　　　　　円 |
| **交付金交付申請額（③と④の合計額を記入してください。）** | 　　　　　　　　　　　**円** |

※　補助対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※　補助対象者と申請者が異なる場合（補助対象者が未成年の場合を除く。）は、

委任状も添付してください。