

記入例

第1号様式（第4条関係）

知多市ウィッグ等購入費交付金交付申請書

記入しないでください。

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 平成〇年〇月〇日

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する。

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	
	氏名	知多花子 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日 昭和〇〇年〇月〇日 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	住所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 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○で囲み、写しを添付してください。	
補 助 対 象	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
経 費	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	円 (税込)	円 (税込)
	補助対象額	金額の欄は記入しないでください。 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。