

藤沢市がん患者ウィッグ購入費等助成申請書

年 月 日

藤沢市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。
 なお、助成金の交付に関して必要な税金及び住民基本台帳等の情報について、市長が調査、取得、利用すること及び他の市区町村における同様の助成の受給状況について当該他の市区町村に照会することについて同意します。

申請者 (助成対象者)	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒	
	電話番号		
がんの部位 又は名称			
助成対象費用 ※胸部補整具は購入費 のみが対象となります	購入(レンタル)費用 (税込み)	ウィッグ	胸部補整具
		円	円
	支払年月日	年 月 日	年 月 日
	合計金額	円	
他自治体からの 助成の有無	該当する方に○を付けてください。 あり ・ なし		
交付申請額※	円		
添付書類	<input type="checkbox"/> がんの治療を受けていることを証する書類(抗がん剤治療同意書の写し、診療明細書等) <input type="checkbox"/> ウィッグ、胸部補整具の購入(レンタル)費用を支払った日付及び金額の明細が分かる書類(領収書等) <input type="checkbox"/> 申請者本人の確認ができる書類の写し <input type="checkbox"/> 委任状(申請者以外の者が申請をする場合) <input type="checkbox"/> 代理人の確認ができる書類の写し(申請者以外の者が申請をする場合) <input type="checkbox"/> その他()		

※ ウィッグは、購入(レンタル)経費の半額(当該額に100円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額)と、30,000円のいずれか少ない額
 胸部補整具は、購入経費の半額(当該額に100円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額)と、10,000円のいずれか少ない額