

様式第1号（第6条関係）

涌谷町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書

年 月 日

涌谷町長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり涌谷町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付を申請します。  
 なお、町職員が助成金交付の資格審査のため、住民記録や診療明細、世帯の課税状況を閲覧すること及び必要に応じて治療を受けた医療機関、購入先等へ聴取することについて同意します。

対象者 (児)	フリガナ		性 別	生 年 月 日					
	氏 名		男・女	年 月 日					
	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 ( )				
がん治療を受けていることを証する書類	診療明細書・治療方針計画書・その他 ( )								
補正具等が必要な理由	就労のため・社会参加のため・その他 ( )								
他の公的助成金受給の有無			有 ・ 無						
購入した補正具等	種類	購入年月日	購入経費(※付属品等は除く)						
	1. 医療用ウィッグ 2. 乳房補正具(右側) 3. 乳房補正具(左側)	年 月 日	円						
助成申請金額		※上限額 20,000 円又は購入価格のどちらか低い額							
		円							
振 込 先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	支店名	本店 支店					
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号						
	口座名義人	(フリガナ) ----- (氏 名)							

※振込先は対象者又は対象児の親権者名義に限ります。  
 ※振込先通帳の写し(銀行名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義のわかるページ)

# 委任状

涌谷町長 殿

年 月 日

**【委任する人=対象者（児）】**

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(委任する人自署または記名押印)

**【委任する人=対象児の親権者】**

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(委任する人自署または記名押印)

私は、下記の者を代理人と定め、涌谷町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請に関する一切を委任します。

ただし、当該助成金を受領する者は委任する人とします。

**【代理人】**

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄： )