様式第１号（第５条関係）

　年　　月　　日

がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付金申請書

千代田町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【申請者】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　千代田町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　㊞

助成対象者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

（助成対象者が未成年の場合は、保護者の氏名を記載）

がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金の交付について、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、町が次の照会をすることに同意します。

□　住民基本台帳の照会

□　対象者の属する世帯全員の千代田町税条例第3条に規定する町税及び国民健康保険税の納入状況についての照会

□　医療機関に対する治療内容の照会

□　補整具の購入先に対する購入内容照会

（太枠内を記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住所 | 千代田町 | | | |
| 補整具の種類 | ウィッグ | | 乳房補整具 | |
| 購入年月日 | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日 | |
| 購入金額 | 円 | | 円 | |

町確認欄

　　□証明書　□領収書　□通帳写し　□住所1年　□納税状況