様式第１号（第７条関係）

　　年　　月　　日

薩摩川内市長　殿

**薩摩川内市医療用ウィッグ等購入費用助成金交付申請書**

　私は、薩摩川内市がん患者ウィッグ購入費用助成金交付要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。また、助成金の交付決定及び支給に係る業務に要する内容について、住民基本台帳の閲覧、関係医療機関等への照会を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（対象者） | フリガナ |  | | | | 生年月日 | |
| 氏　　　名 |  | | | | 年　　　　　月　　　　　日 | |
| 住　　　所 | 〒 | | | | 電話番号 | |
|  | |
| がんの治療状況 | | 医療機関名 |  | | | | |
| 主治医名 |  | | 治療方法 | | 手術　・　化学　・　放射線  その他（　　　　　　　　　　　） |
| 過去の受給の有無 | | | 有　　・　　無  ※過去に県内の市町村で購入助成を受けたことがある場合は，「有」に○を付けてください。 | | | | |
| 購入したウィッグ | | 購入年月日 | | 助成金交付決定額  ※記入不要 | | | |
| 年　　　　　月　　　　　日 | | 円 | | | |

**添付書類**

（１）がん治療受診証明書又は治療内容を証明する書類の写し（診療明細書，治療方針計画書、お薬手帳等）

（２）ウィッグ等の購入年月日及び購入金額を証する書類（写し）（領収書等）