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）