

様式第1号（第6条関係）

松山市がんの治療に係るウィッグ類等購入費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 松山市長

松山市がんの治療に係るウィッグ類等購入費助成金交付要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて、申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		電話番号		
	住所	〒			助成対象者との続柄
助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※助成対象者本人が申請する場合は、この欄は記入不要です。 ※助成対象者本人以外が申請する場合は、委任状が必要です。				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		電話番号		
	住所	〒			
助成対象経費	区分	(1) ウィッグ類		(2) 乳房補整具	
	物品の種類 (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> かつら (ウィッグ) <input type="checkbox"/> 髪付き帽子 <input type="checkbox"/> ネット (かつら (ウィッグ) と同時に申請する場合のみ対象)		<input type="checkbox"/> 補整下着 <input type="checkbox"/> 補整パッド <input type="checkbox"/> 人工乳房	
	購入日	年 月 日		年 月 日	
	購入費用	円 (税込)		円 (税込)	
	購入費用 × 1 / 2 (千円未満切捨て)	ア 円		エ 円	
	助成限度額	イ 30,000円		オ 30,000円	
	基準額	《ア 又は イ のいずれか低い額》		《エ 又は オ のいずれか低い額》	
ウ 円		カ 円			
助成申請額		円 (※ウとカの合計)			
確認事項		<input type="checkbox"/> 私は、下記の事項を確認の上同意します。 <ul style="list-style-type: none"> 助成対象経費について、国、他の地方公共団体等の助成を受けていません。 松山市暴力団排除条例（平成22年条例第32号）第2条第2号に規定する暴力団員及び同条第3号に規定する暴力団員等には該当しません。市が必要な場合は、警察に照会することに同意します。 市が住民基本台帳を確認すること及び助成金の審査に必要な範囲で医療機関に対し疾病、治療内容等について調査することに同意します。 			

<p style="text-align: center;">添付書類 (添付した書類に☑ をつけてください)</p>		<input type="checkbox"/> ウィッグ類又は乳房補整具の本体の購入費用，購入日等が分かる書類（領収書等）の写し <input type="checkbox"/> ウィッグ類を購入した方は，抗がん剤治療その他の頭髪の脱毛の副作用があるがんの治療を受けたことが分かる書類（診療明細書，治療方針計画書等）の写し <input type="checkbox"/> 乳房補整具を購入した方は，がんの手術療法により乳房を切除したことが分かる書類（診療明細書，治療方針計画書等）の写し <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類									
		銀行・金庫 信用組合・農協				支店名		本店・支店 出張所			
振込先	金融機関名							口座名義人 (助成対象者)		カナ	
	口座番号									氏名	
	普通・当座 どちらかに○										