

年 月 日

（宛先）
岩国市長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
補助対象者との続柄 _____
電話番号 _____

※本人の自署であれば押印は不要
※補助対象者が未成年の場合、保護者が申請者

岩国市がん患者のためのウィッグ購入費用補助金交付申請書兼同意書

次のとおり岩国市がん患者のためのウィッグ購入費用補助金の交付を申請します。
なお、当該補助金の交付の決定に当たり、担当課職員が住民基本台帳の記録について確認することに同意します。

補助対象者	ふりがな			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		治療方法	
			手術・放射線・薬剤・その他 ()	
他の助成等 受給の有無	有 (助成額: 円) ・ 無			
補助金交付申請額	補助対象経費の 2 分の 1 の額(千円未満切捨て。30,000 円を限度)			
	円			
添付書類 (添付書類にチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> ウィッグの領収証及び購入金額の明細が分かる書類 <input type="checkbox"/> 脱毛の副作用がある抗がん剤治療等の受診を証明する書類 <input type="checkbox"/> その他参考となる書類 (必要時)			

< 受付者記載 >

がん治療を受けていることを証する書類	・お薬手帳 ・診療明細書 ・その他 ()		
ウィッグの購入状況	購入年月日	購入費用の額(補助対象経費に限る。)	
	年 月 日	円	