

別記様式第1号（第5条関係）

榛東村がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

榛東村長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

榛東村がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の交付を受けたく次のとおり申請します。

申請に当たり、榛東村が住民登録及び納税状況について、関係機関に照会し必要な資料を閲覧することに同意します。

購入した 医療用ウィッグ等	種 類		
	購 入 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額	円	円
	種 類		
	購 入 日	年 月 日	年 月 日
	購入金額	円	円
補助金交付申請額 (請求額)	※上限 30,000 円 又は 上限に満たない場合は実費額		
	円		
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 本店・支店 農協・信用組合 支所・出張所	
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		

【添付書類】

- (1) がん治療により医療用ウィッグ等が必要となることを証する書類（治療方針計画書、診療明細書等の写し）
- (2) 購入した医療用ウィッグ等の購入日、医療用ウィッグ等の名称、購入額等を証する書類（領収書等）
- (3) 榛東村がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の受取に関する委任状（別記様式第2号）  
※ 申請者以外の者が補助金を受け取る場合に限る。
- (4) その他村長が必要と認めるもの

【村記入欄】

申請受付日	年 月 日
確 認 日	年 月 日
職 ・ 氏 名	