

七ヶ浜町医療用ウィッグ購入費助成金交付申請書

年 月 日

七ヶ浜町長 殿

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

七ヶ浜町医療用ウィッグ購入費助成金交付要綱第5条1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

助成対象者	フリガナ		性別	生年月日				
	氏名		男・女	年 月 日				
	住所	〒						
	電話番号							
購入したウィッグ	購入年月日			購入経費（ウィッグ税込価格） ※ウィッグ1台分の価格で、付属品等は含まない。				
	年 月 日			円				
交付申請額の算定								
ウィッグの購入費用		アの1/2の額 ※1,000円未満切捨て		交付申請額 (20,000円又はアのいずれか少ない額)				
ア 円		イ 円		ウ 円				
振込先	(金融機関名・支店名)			口座番号 (左詰め)				
	預金種別	普通 ・ 当座						
	口座名義人	(フリガナ)						

※添付書類

- ・がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていることを証する書類の写し
- ・領収書の写し等のウィッグを購入したことを証明する書類（ウィッグ本体の価格が分かるもの）
- ・所得照会同意書（様式第3号）又は所得証明書
- ・助成金の振込先通帳の写し