

別 記

第 1 号様式（第 4 条）

浦安市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費等助成申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

ウィッグ及び胸部補整具購入費等の助成を受けたいので、浦安市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費等の助成に関する規則第 4 条の規定により、関係書類を添えて、申請します。

がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法
			手術・放射線・薬剤 その他（ ）
ウィッグ （購入・借受け）	購入年月日	購入等に要した費用（税込）	ウィッグ助成申請額
	年 月 日	円	3 万円又は購入等に要した費用（税込）のいずれか少ない方の額を記入してください。 円
	借受け期間		
	自 年 月 日 至 年 月 日		
胸部補整具 （購入）	購入年月日	購入に要した費用（税込）	胸部補整具助成申請額
	年 月 日	円	2 万円又は購入に要した費用（税込）のいずれか少ない方の額を記入してください。 円
本事業助成の有無	有 →助成決定年月日（ 年 月 日）種類（ウィッグ・胸部補整具）		他の助成の有無
	無		有 ・ 無
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 本店・支店 信用組合 出張所	預金種別
	フリガナ		普通 ・ 当座
	口座名義	口座番号	
添付書類	(1) 治療方針計画書、抗がん剤治療同意書の写しその他がんの治療を受けていることを証する書類 (2) ウィッグの購入等をした日付及び金額並びに胸部補整具を購入した日付及び金額を証する書類		

【市使用欄】

領収書 枚	住民となった日 年 月 日	申請受理者サイン	助成額 円
----------	------------------	----------	----------