

第1号様式（第5条関係）

八王子市がん患者ウィッグ・補整具購入等費用助成金交付申請書

年 月 日

関係書類を添えて、次のとおり標記助成金の交付を申請します。なお、申請にあたり、八王子市が私の住民基本台帳及び課税状況を閲覧することや、必要に応じ関係機関へ照会すること、また、診療明細を確認することについて同意し、他自治体等の同様の制度を利用していないことを誓約します。

申請者 (対象者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 八王子市 (電話番号 - -)		
がんの治療状況	医療機関名	主治医名	治療方法	
			①手術 ②放射線 ③薬剤 ④その他 ()	
がんの治療を受けている(受けた)ことを証明する書類	がんの部位又は名称： 治療計画書・診療明細書・お薬手帳・その他 ()			
購入(レンタル)した補整具等の内訳	数量	購入(レンタル)年月日	購入(レンタル)金額	
①		年 月 日	円	
②		年 月 日	円	
③		年 月 日	円	
④		年 月 日	円	
⑤		年 月 日	円	

※購入(レンタル)した補整具等の内訳については、別紙として添付可能です。

【以下記入不要】(市担当課使用欄) -----

助成金額の算定			
対象経費総額 (ア)	(ア)の1/2 (イ)	助成限度額 (ウ)	(イ)又は(ウ)のいずれか 低い額(助成決定額)
円	円	30,000円	円

住定日：

税状況：

本制度申請履歴：