様式第１号（1）

新庄市がん患者医療用ウイッグ購入助成金交付申請書

申請日　　年　　月　　日

（あて先）新庄市長

（申請者）　住　所

氏　名

対象者との関係

電　話

下記のとおり医療用ウイッグ購入助成金の交付を受けたいので申請します。
私は、提出先自治体が住所等の確認のために私の住民記録の閲覧や、必要がある場合に、関係機関への照会や診療明細の閲覧について同意します。

<table>
<tr><td rowspan="4">対象者（児）</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="5">―　　―</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">がんの治療状況</td><td>医療機関名</td><td colspan="4">山形県立中央病院・山形大学医学部附属病院・山形市立病院済生館
山形県立新庄病院・公立置賜総合病院・日本海総合病院
鶴岡市立荘内病院・その他（　　）</td></tr>
<tr><td>主治医名</td><td colspan="2"></td><td>治療方法</td><td>手　術・放射線・薬　剤
その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">がん治療を受けていることを証する書類</td><td colspan="4">お薬手帳　・診療明細書　・治療方針計画書　・わたしのカルテ　・がん診療パス
その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">ウイッグが必要な理由</td><td colspan="4">就労のため　・社会参加するため・通院のため・来客者の対応をするため
その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">他の公的助成金受給の有無</td><td colspan="4">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">購入したウイッグ</td><td colspan="2">購入年月日</td><td colspan="2">購入経費（ウイッグ税込価格）
※ウイッグ１個分の価格で、付属品等は含まない。</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　　月　　日</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="4">申請金額の算定</td><td rowspan="2">助成金申請金額</td></tr>
<tr><td>ウイッグの
購　入　経　費</td><td colspan="2">ア の １／２の額</td><td>助成金上限額又は、
イ のいずれか低い額</td></tr>
<tr><td>ア
円</td><td colspan="2">イ
円</td><td>ウ
円</td><td>￥　　円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td colspan="3">銀行　信金　信組　農協
本店　　支店・出張所</td><td>口座番号
(左づめ)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>預金種別</td><td>普通　・　当座</td><td>金融機関
コード</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="5">(カタカナ)
(漢　　字)</td></tr>
</table>

㊟「振込先」は、「対象者」又は「対象児の親権者」の振込先口座を記載してください。