

函館市がん患者ウィッグ購入費助成金交付申請書

函 館 市 長 様

令和〇年 〇月〇〇日

申請書作成日をご記載ください。

申請者	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 函館市〇〇町1-23
	氏 名	フリガナ ハコダテ ハナコ 函館 花子
対象者との関係		
例：本人，父，母，子など		本人
	電 話	0138-00-0000

申請者の住所・氏名・申請者と助成の対象者の関係・日中連絡のつく電話番号をご記載ください。  
申請者と助成の対象者が異なる場合、委任状の提出が必要となります。ただし、対象者が未成年で申請者が保護者の場合、委任状は不要です。

函館市がん患者ウィッグ購入費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により申請します。

また、申請内容の確認等に必要な場合は、本申請に係る情報の照会および医療機関に対する治療内容等のほか、購入先に購入内容等の照会を行うことについて同意します。

【助成の対象者】※1人1回限り

フリガナ	ハコダテ ハナコ	生年月日	昭和〇〇年 〇月〇〇日
氏 名	函館 花子	電 話	(0138)00-0000
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 函館市 〇〇町 1-23		
私は、他自治体で同様の助成を受けておりません。 はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>			

助成の対象者の氏名・生年月日・電話番号・住所をご記載ください。  
また、過去の他自治体での助成状況について、いずれかに✓をしてください。  
申請は1人の対象者につき、1回限りです。

【助成対象費用】※ケア用品は対象外

購入年月日	令和〇年 〇月 〇〇日
購入金額（消費税含む）	55,000 円

助成対象（ウィッグ等）の購入年月日・購入金額をご記載ください。  
申請は、購入から1年以内のものに限ります。

【助成申請額】

申請額	20,000 円
※購入金額の2分の1の額（千円未満切り捨て）、 もしくは、20,000円（上限額）のいずれか低い方	

助成申請額をご記載ください。  
助成額は購入金額の2分の1、または  
20,000円のいずれか低い方です。

【振込先、振込先金融機関の名称および口座番号】

振込先（いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> してください）	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者	<input type="checkbox"/> 受任者
振込先銀行等の名称	口座番号	口座名義
〇〇 銀行 本店 金庫 〇〇 支店 出張所	普通 1234567 当座	函館 花子

振込先はいずれかに✓をし、口座番号等をご記載ください。  
対象者以外の名義の口座への振り込みをご希望される場合、委任状の提出が必要となります。

申請書のほか、以下の書類の提出が必要です。  
・ウィッグの購入に係る領収書の写し  
・脱毛の副作用がある抗がん剤治療等の受診を証明する書類の写し  
・対象者および申請者の本人確認書類の写し  
・振込先口座の通帳等の写し