

(あて先) 倉敷市長 あて

倉敷市がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請書

私はがん治療を受け、「倉敷市がん患者ウィッグ等購入費助成金」の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

【確認事項】 (☑をつける)

申請にあたっては裏面または別紙「倉敷市がん患者ウィッグ等購入費助成金交付申請にかかる同意・宣誓書」の内容に☑同意するとともに、該当していることを宣誓します。

申請する人	氏名	ふりがな くらしき ふじこ 倉敷 藤子	助成対象者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 ()
	住所	〒 710 - 0834 倉敷市笹沖170	日中の連絡先	086-434-9866
助成対象者	氏名	ふりがな <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	昭和 平成 令和 西暦 42 年 2 月 1 日
	住所	〒 - <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		

助成対象経費	区分	ウィッグ		胸部補整具		
	該当するものすべてに○	<input checked="" type="checkbox"/> 全頭用ウィッグ <input checked="" type="checkbox"/> 装着用ネット		補整下着 <input checked="" type="checkbox"/> 補整パッド 人工乳房		
	購入日 (購入日が複数ある場合は、最初の購入日を記載)	令和7 年 4 月 1 日		令和7 年 4 月 5 日		
	購入金額合計 (税込)	(ア) 百万 十万 万 千 百 十 一 円	7 7 0 0 0 0	(イ) 百万 十万 万 千 百 十 一 円	5 4 7 8 0	
助成申請額 (税込)	(ア)の1/2の額または30,000円のいずれか低い額 (千円未満切捨)	万 千 百 十 一 円	3 0 0 0 0	(イ)の1/2の額または30,000円のいずれか低い額 (千円未満切捨)	万 千 百 十 一 円	2 7 0 0 0

添付書類 (すべてに☑をつける)	<input checked="" type="checkbox"/> ①がんの診断及び治療内容に関する書類 (写し可) がん患者氏名、医療機関名、がんの診断、治療による脱毛を伴う副作用若しくは外科的治療による乳房の変形や欠損が見込まれることが記載されているもの。 【例】化学療法等に関する説明書、治療方針計画書、外科的治療の説明・同意書など (複数添付による確認可) <input checked="" type="checkbox"/> ②領収書その他の助成対象経費の支払がわかる書類 (写し可) 購入者氏名 (申請者又は助成対象者)、購入年月日、購入品名、購入金額とその内訳 (数量)、書類発行元の名称の記載があるもの。 【例】領収書など (複数添付による確認可) ※申請内容によっては、書類の追加提出を求める場合があります。ご了承ください。
------------------	--

振込先 (助成対象者)	金融機関名	倉敷 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 農協	支店名	笹沖 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	口座名義カナ	クラシキ フジコ	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 (総合) <input type="checkbox"/> 当座
			口座番号 (右詰めで記入)	1 2 3 4 5 6 7

注) 助成対象者が未成年等の場合は、「申請者」欄に親権者等法定代理人の氏名等を記入してください。

----- これより下は倉敷市処理欄です。記入しないでください。 -----

受付日	受付者	住民コード	住民日
	確認 1	/	確認 2 / 決定 交付・不交付 ()
	助成額	0 0 0 円	支払日 R . .
	備考		