

様式第1号（第6条関係）

秋田市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業助成金交付申請書

年 月 日

（宛先） 秋田市長

申請者 住所 秋田市

氏名

（対象者が未成年の場合 続柄 ）

電話番号

秋田市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成事業実施要綱第6条第1項の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、秋田市が他の自治体、治療を受けた医療機関、ウィッグ等の購入先から意見等を聴取することについて同意します。

対象者氏名		生年月日	年 月 日
種 類	ウィッグ		乳房補正具
購入年月日	年 月 日		年 月 日
購 入 金 額	円		円
交付申請額	(上限2万5千円) 円	(上限2万円)	円

※添付書類

- (1) がん治療を受けた又は現に受けていることを証明する書類（診断書（治療の内容がわかるもの）、診療明細書、治療方針計画書等）又はその写し
- (2) ウィッグ等の購入に係る領収証又はその写し