別記様式（第５条関係)

年　　月　　日

日光市長　様

　　住　　所

　申請者　　氏　　名

電話番号

日光市がん患者ウィッグ等購入費補助金交付申請書兼請求書

　日光市がん患者ウィッグ等購入費補助金交付要綱第５条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

１　申請内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 購入した補整具 | | ウィッグ | 購入年月日 | 購入経費 | | 購入経費×0.9  ① | | 円 |
| 年　月　日 | 円 | |
| 乳房補整具  （右側） | 購入年月日 | 購入経費 | | 購入経費×0.9  ② | | 円 |
| 年　月　日 | 円 | |
| 乳房補整具  （左側） | 購入年月日 | 購入経費 | | 購入経費×0.9  ③ | | 円 |
| 年　月　日 | 円 | |
| 他からの助成の有無 | | | | 有　　・　　無 | | | | |
| 申請金額の算定 | ウィッグ | | 補助金の限度額（３０，０００円）と  ①のいずれか低い額 | | | | (ア)　　　　　　　　　　円 | |
| 乳房補整具  （右側） | | 補助金の限度額（２０，０００円）と  ②のいずれか低い額 | | | | (イ)　　　　　　　　　　円 | |
| 乳房補整具  （左側） | | 補助金の限度額（２０，０００円）と  ③のいずれか低い額 | | | | (ウ)　　　　　　　　　　円 | |
| 交付申請額兼請求額 | | | (ア)+(イ)+(ウ) | | 円 | | | |

２　請求内容（次の口座に振込みを依頼します。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　　　　　　本店・支店  　　　　　　　　　信用組合・農協　　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 預金種目 | 当座　・　普通 | | | | | | |
| 口座名義人 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

３　添付書類

(１)　がん治療を受けている、又は受けていたことを証する書類

(２)　ウィッグ等を購入したことが分かる書類の写し

(３)　その他市長が必要と認める書類