

様式第1号（第4条関係）

泉南市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成交付申請書兼請求書

申請先 泉南市長

申請者

住所 泉南市

氏名

電話番号

助成対象者との続柄

泉南市がん患者医療用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、下記のとおり申請及び請求します。

なお、申請するにあたり、泉南市が私及び私の世帯の市税の滞納の有無に関する情報など、助成交付に関し必要な事項を照会及び確認することに同意します。

助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 18歳未満の場合、申請者は保護者になります。 泉南市		
助成対象費用等	区分	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ		<input type="checkbox"/> 乳房補整具（ <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側）
	補整具の種類	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ <input type="checkbox"/> 髪付き帽子 <input type="checkbox"/> 医療用帽子		<input type="checkbox"/> 人工乳房 <input type="checkbox"/> 人工乳頭 <input type="checkbox"/> 補整用下着 <input type="checkbox"/> 補整用パッド
	購入日	年 月 日	購入費用	円（税込）
交付申請・請求額		*購入費用の1/2または10,000円のいずれか低い額 円		
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店・本所 支所・出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座		
	店番号（3桁）		口座番号	
	フリガナ 口座名義人 （申請者と同一）			

<添付書類>

- 本人確認書類（助成対象者・申請者）
- がん治療を受けている、過去に治療を受け経過観察中で通院していることを証明する書類（医師の診断書等）
- 購入日・購入額を証明する書類（原本確認・押印後コピー 原本返却）
- 振込先コピー

※申請者が18歳未満の場合は、保護者が申請者になります。

※申請者と助成対象者が異なる場合は、委任状が必要です。

- 確認項目
- 住基確認（申請日までに1年以上泉南市に居住）
 - 税（税務課確認）
 - 購入日より1年以内の申請であること

受付印

窓口対応者