第１号様式（第５条関係）

年　　　月　　　日

立　川　市　長　殿

（申請者）

住所　立川市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（自署の場合は、押印を省略できます）

電話番号

がん患者ウィッグ・胸部補正具等購入等費用助成金交付申請書

　助成金の交付について、立川市がん患者ウィッグ・胸部補正具購入等費用助成金交付要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

　また、この申請の内容について、立川市が助成要件の確認に必要な住民記録を調査し、及び官公署、医療機関その他の関係機関に対し、資料の提供を求め、事実の確認を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者  □申請者と同じ | フリガナ |  | | | 生年月日 |
| 氏名 |  | | | 年　　月　　日 |
| 住所 | 〒  立川市 | | | |
| がんの  治療状況 | 医療機関名 | | 主治医 | | 治療方法 |
|  | |  | | 手術・放射線・薬剤  その他（　　　　　　　） |
| がん治療を  受けていることを証する書類 | 診療明細書　　　・　　　　診断書　　・　　　　お薬手帳  　その他がん治療の受診を証明する書類（　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 今回購入した  補正具の種類 |  | | | 購入  年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 購入額 | 円 | | | 申請額 | 円 |
| 本事業による  助成歴 | 1. 有　→以下をご記入ください。   　　　　助成決定年月…　　　　　　年　　　　　　月  　　 　 助成を受けた補正具の種類（　　　　　　　　　　　　　　）   1. 無 | | | | |

※ただし、申請者が未成年の場合は、保護者が申請することができます。