様式第１号（第５条関係）

がん患者ウイッグ等購入費助成金交付申請書兼実績報告書

年　　月　　日

(宛先) 伊勢崎市長

申請者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏名			
	住所	〒 電話番号　　（　　）		

次のとおり助成金の交付を受けたいので、伊勢崎市補助金等交付規則第４条の規定により申請します。また、別紙領収書の写し等を添付し、実績を報告します。なお、申請にあたり、市が住民基本台帳の情報及び診療明細等の閲覧並びに助成金の交付に関し必要な関係機関への照会をすることについて同意します。

対象者 □ 申請者と同じ	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏名			
	住所	〒 伊勢崎市 電話番号　　（　　）		
がん治療等の状況	疾病名			
	医療機関名			
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他(　　)		
購入した補整具	種類	ウイッグ	乳房補整具	
	購入日	年　　月　　日	年　　月　　日	
	購入金額	円	円	
他からの補助の有無	有　　・　　無			
助成金交付申請額	種類	ウイッグ	乳房補整具	
	申請額	円	円	
		上限３０，０００円　又は 上限に満たない場合は補整具の実費額	上限１０，０００円　又は 上限に満たない場合は補整具の実費額	
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合	支店名	本店・支店 本所・支所 出張所
	預金種別	普通　・　その他（　　）	口座番号	
	口座名義人 (カナ)			

＊市記入欄（以下は記入しないでください）

添付書類　窓口・郵送

□ がん治療を受けていることが分かる書類　□ 本人確認（対象者）
□ 領収書の写し
□ 請求書
□ 振込口座（ 写し・口頭確認 ）
□ 委任状 ※代理人の場合

□ 個人番号カード　□ 運転免許証等
□ 在留カード　等
○ 資格確認書　○ 介護保険証　等
その他（　　）
※□は１点、○は２点で確認

≪窓口来所者≫
対象者本人・本人以外（通知送付先：対象者・代理人）
□本人確認（代理人が申請した場合）

□個人番号カード　□ 運転免許証等□ 在留カード　等
○ 資格確認書　○ 介護保険証　等
その他（　　）※□は１点、○は２点で確認

申請番号		結　果	交付決定額	ウイッグ	乳房補整具	合計
		交付 ・ 不交付				