

年 月 日

貝塚市長 様

申請者 千
 (住 所) 貝塚市 _____

(氏 名) _____

(電 話) _____ () _____

※申請者は、補助対象者が成年の場合は補助対象者、
 未成年の場合は、法定代理人となります。

貝塚市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補整具購入費等補助金交付申請書兼請求書

令和 年度貝塚市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補整具購入費等補助金の交付を受けた
 いので、貝塚市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補整具購入費等補助金交付要綱第5条の規定に
 より、関係書類を添えて申請します。

なお、貝塚市が内容を審査する上で必要があると判断した場合において、治療を行った医療機
 関に対し、貝塚市が治療内容について照会を行うこと及び医療機関がその照会内容に対し回答す
 ることを了承します。

また、補助金の交付決定があったときは、当該交付決定された額について、裏面のとおり請求
 します。

記

補助 対象者	氏名			
	住所			
	生年月日	年	月	日生
対象 補整具	区分	医療用ウィッグ		乳房補整具
	種類	<input type="checkbox"/> 医療用ウィッグ	<input type="checkbox"/> 購入	<input type="checkbox"/> 人工乳房 (左・右)
			<input type="checkbox"/> レンタル	<input type="checkbox"/> 人工乳頭 (左・右) <input type="checkbox"/> 乳房補整下着 (左・右)
	購入等又は 契約した日	(元号) 年 月 日	(元号) 年 月 日	(元号) 年 月 日
	購入等費用	(A) 円	(D) 円	(D) 円
	補助限度額	(B) 10,000 円	(E) 10,000 円	(E) 10,000 円
	補助対象額	(A) の 1/2 又は (B) のうちい れか低い額		(D) の 1/2 又は (E) のうちい れか低い額
(C) 円		(F) 円	(F) 円	(F) 円
申請・請求額		円※ (C) と (F) の合計		

私が受領する貝塚市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補整具購入費等補助金について、次の指定口座への振込みを依頼します。

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協						本店 支店 支所		
	金融機関コード						支店番号			
	預金種別	普通 ・ 当座								
	口座番号									
	フリガナ									
	口座名義人									
	依頼人（申請者）氏名									

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合、下欄に記入してください。

委任状	
私は、上記口座名義人に貝塚市がん患者医療用ウィッグ及び乳房補整具購入費等補助金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名
	印

※必ず以下の書類を添付してください。

- (1) 医師の診断書、医療機関が発行する診療明細書、治療方針計画書等がんの治療を現に受けている又は過去に受けたことがあることを証する書類
- (2) 医療用ウィッグ等本体の購入又はレンタルに要した費用の額及び購入等又は契約日を証する書類（ただし、申請の日から遡って1年以内に購入等をしたものに限る。）

※補助金交付結果の受け取り方法について以下より選択してください。

- 記載の携帯電話番号を利用したショートメッセージ
- 補助金交付決定通知書等の郵送