

令和 年 月 日

貝塚市長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連 絡 先 \_\_\_\_\_

貝塚市がん患者医療用ウィッグ購入費用補助金交付申請書

令和 年度貝塚市がん患者医療用ウィッグ購入費用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購入費用補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。また、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、抗がん剤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。

記

1. 補助金交付申請額 金 \_\_\_\_\_ 円

2. 添付書類

- (1) 医師の診断書、医療機関が発行する診療明細書その他脱毛の副作用がある抗がん剤治療を現に受けていること又は過去に受けたことがあり、経過観察のため現に通院していることを証する書類
- (2) 医療用ウィッグ本体の購入額及び購入日を証する書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

【注意】

補助金の交付申請は、医療用ウィッグを購入した日の属する年度の末日又は医療用ウィッグを購入した日の翌日から起算して6か月を経過した日のいずれか遅い日までに行ってください。