

様式第1号（第5条関係）

蔵王町医療用ウィッグ・補正具購入費助成金支給申請書

年 月 日

蔵王町長 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

電話番号 \_\_\_\_\_

蔵王町医療用ウィッグ・補正具購入費助成事業実施要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、町職員が助成金支給の資格審査のために必要な範囲において、住民記録や診療明細を閲覧、治療を受けた医療機関及び購入先等へ聴取することについて同意します。

記

支給申請額 \_\_\_\_\_ 円

対象者氏名		生年月日	年 月 日
補正具等の種類	1 医療用ウィッグ 2 乳房補正具（ 右側 ・ 左側 ）		
購入金額		購入日	年 月 日
助成金の受領の有無	1 有（ 年度 補正具等の種類 ） 2 無 ※過去に蔵王町及び他市町村等で補正具等の助成を受けたことについて記入する。		
振込指定金融機関名等			
金融機関名	銀行・農協・信用組合 信用金庫・労金		支店・本店 支所・出張所
口座番号			フリガナ
			口座名義人

添付書類

- (1) 補正具等の購入に係る領収書の写し又は支払の事実が確認できる書類
- (2) がん治療受診証明書（様式第2号）又はがん治療を受けていることを証する書類の写し
- (3) その他町長が必要と認める書類