

受付番号	
------	--

ウィッグ及び乳房補整具購入費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

申請者 住所

氏名 (自署)

助成対象者との続柄 ()

(電話番号)

名古屋市ウィッグ及び乳房補整具購入費用助成事業実施要綱に基づき、以下のとおりウィッグ及び乳房補整具購入費用助成金を申請します。なお、申請にあたり、助成対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

助成対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	住所 (住民票住所を記載)	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ TEL ()			
	がんの治療状況	医療機関名	治療方法		
			手術・放射線・薬剤 その他 ()		
	がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類	・お薬手帳 ・診療明細書 ・治療方針計画書 ・同意書 ・その他 () ※いずれかを○で囲み、写しを添付してください。			
他からの助成の有無	有 ・ 無 ※いずれかを○で囲んでください。				

振込先 ※1	金融機関名		本・支店名	本店・支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人フリガナ			

申請品目 ※2	領収書等の額	アのうち助成対象額	(名古屋市記載欄) 助成額
ウィッグ	ア 円	イ 円	円
乳房補整具	ア 円	イ 円	円

※1 振込先口座は申請者の口座としてください。

※2 今回申請する品目を○で囲んでください。

※3 お支払いする金額は、助成対象額の5割です。ただし、お支払いする金額の上限は、ウィッグが30,000円、乳房補整具が20,000円(人工乳房が含まれる場合は40,000円)です。

※4 助成対象者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

※5 本申請書には、「がん治療に伴う脱毛又は外科的治療等による乳房の変形を証明する書類」(複写したものでも可。)
「領収書」(原本)を添付してください。また、助成対象者と申請者が異なる場合(助成対象者が未成年の場合を除く。)は、委任状も添付してください。