

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

高梁市長 様

申請者 郵便番号：
住 所：
氏 名：
電話番号：
(申請者の署名又は記名押印)

高梁市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請書

高梁市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

助成対象者	氏 名	☐ 申請者に同じ	生年月日
		(申請者との続柄)	年 月 日
	住 所	高梁市	☐ 申請者に同じ
購 入 費	医療用ウィッグ	乳房補整具	
	円	円	

※申請者と助成対象者が同じ場合は、「☐申請者に同じ」のチェック欄（☐）に「☒」を入れてください。

- 【確認事項】 チェック欄（☐）に「☒」を入れてください。
- ☐ 今回の医療用ウィッグ等の購入費に対して、他の地方公共団体から同様の助成を受けていません。
 - ☐ 本申請に基づく助成金の交付決定に当たり、高梁市が住民台帳及び市民税課台帳等により確認を行うこと、必要な場合は、他の地方公共団体等及び医療機関等に申請の有無や治療内容等の照会を行うことについて同意します。
 - ☐ 助成額は、購入費のうち対象となる金額の 2 分の 1 以内（1, 0 0 0 円未満切捨て）又は上限 3 万円のどちらか少ない方となることを確認しました。
 - ☐ 申請者と助成対象者が異なる場合は、助成対象者の同意を得て申請します。

- 【添付書類】
- がん治療に関する書類（がん患者氏名・医療機関名が記載されているもの）
 - 医療用ウィッグの場合：脱毛の副作用を伴うがん治療を行ったことを証する書類
 - 乳房補整具の場合：がん治療による乳房切除を行ったことを証する書類
 - 領収書の写し
 - 購入費の内訳、購入年月日及び製品名が記載された書類（医療用ウィッグの場合は、製造会社、全頭用のウィッグであることを証する記載を含む。）
 - その他市長が必要と認める書類