

補助金等交付申請書

年 月 日

鹿沼市長 宛

住 所

氏 名

印

電話番号

鹿沼市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金の交付を受けたいので、鹿沼市補助金等の交付に関する規則第21条第1項の規定により次のとおり申請します。

また、この補助金の交付に係る審査のため、市の職員が、市が保有する住民登録及び市税の納付状況に関する情報を確認することに同意します。なお、申請に当たり、同規則及び鹿沼市がん患者医療用ウィッグ等購入費補助金交付要領を遵守する旨を申し添えます。

対象者	ふりがな		生年月日	性別	住民となった年月日
	氏名		年 月 日	男・女	年 月 日
がんの治療状況		医療機関名	主治医	治療方法	
				手術・放射線・薬剤 その他（ ）	
がんの治療を受けていることを証する書類		診療明細書・治療方針計画書 その他（ ） ※該当するものを○で囲む			
購入した補整具	医療用ウィッグ	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9 ※1,000円未満切捨 (ア) 円	
	乳房補整具(右側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9 ※1,000円未満切捨 (イ) 円	
	乳房補整具(左側)	購入年月日	購入経費	購入経費×0.9 ※1,000円未満切捨 (ウ) 円	
他からの補助金の有無		有・無（どちらかを○で囲む）			円
申請金額の算定	医療用ウィッグ	補助金額限度額（30,000円）と（ア）のいずれか低い額		(A)	円
	乳房補整具(右側)	補助金額限度額（20,000円）と（イ）のいずれか低い額		(B)	円
	乳房補整具(左側)	補助金額限度額（20,000円）と（ウ）のいずれか低い額		(C)	円
補助金申請額		(A) + (B) + (C) の合計			円
添付書類	<input type="checkbox"/> がん治療を受け、又は受けていたことを証する書類 <input type="checkbox"/> 補整具の購入年月日及び購入経費の明細を証する書類（領収証等） ※ 添付した資料の□に✓を記入してください。				

※事務処理欄（申請者は、記入しないでください。）

受領日	検査日	決定日	請求日	支払日	【事後申請型補助金等】
/	/	/	/	/	【申請時請求型】

				担当

- 申請のとおり交付する。
- 交付しない旨決定する。
- 減額して交付する。